
22101659219

TRAITÉ

DES

MALADIES VÉNÉRIENNES.

Ouvrages de M. A. VIDAL (de Cassis).

TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, avec des résumés d'anatomie des tissus et des régions. *Quatrième édition*, revue, corrigée et augmentée. Avec 600 figures intercalées dans le texte. Paris, 1855, 5 vol. in-8 . . . . 40 fr.

DES INOCULATIONS SYPHILITIQUES. 1849, in-8. . . . . 1 fr. 25

ESSAI SUR UN TRAITEMENT MÉTHODIQUE DE QUELQUES MALADIES DE LA MATRICE, injections vaginales et intra-utérines. Paris, 1840, in-8. . . . . 1 fr. 50

DE LA CURE RADICALE DU VARICOCÈLE, par l'enroulement des veines du cordon spermatique. *Deuxième édition*, revue et augmentée. 1850, in-8. . . . . 2 fr.

DES HERNIES OMBILICALES ET ÉPIGASTRIQUES, thèse de concours. Paris, 1848, in-8 de 133 pages. . . . . 2 fr. 50

DU CANCER DU RECTUM, et des opérations qu'il peut réclamer; parallèle des méthodes de Littré et de Callisen pour l'anus artificiel. Paris, 1842. . . . . 2 fr. 50

DES OPÉRATIONS EN PLUSIEURS TEMPS. Paris, 1848, in-8 de 20 p. 75 c.

DES INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS EN MÉDECINE OPÉRATOIRE. Paris, 1841.

ESSAI HISTORIQUE SUR DUPUYTREN, suivi des discours prononcés sur sa tombe. Paris, 1834, in-8.

CORBEIL, typographie de CRÉTÉ.

TRAITÉ

DES

MALADIES VÉNÉRIENNES

PAR

A. VIDAL (de Cassis),

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DU MIDI (VÉNÉRIENS),

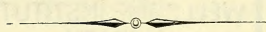
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Lauréat de l'Institut, chevalier de la Légion d'honneur, membre fondateur de la Société de chirurgie,
de la Société médicale d'émulation, membre de la Société des médecins allemands à Paris,
Membre correspondant des Sociétés de médecine de Marseille,
d'Athènes, de la Société de chirurgie de Madrid.

AVEC PLANCHES GRAVÉES EN TAILLE-DOUCE ET COLORIÉES.

OUVRAGE COURONNÉ PAR L'INSTITUT DE FRANCE.

DEUXIÈME ÉDITION

CORRIGÉE ET AUGMENTÉE.



PARIS,

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON.

17, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

MDCCCLV

PRÉFACE

DE LA PREMIÈRE ÉDITION.

Les livres sur les maladies vénériennes sont sans nombre; mais, presque tous, ont pour but, plus ou moins franchement avoué, d'édifier ou de renverser un système. Le système issu de l'idéalisme, celui qui s'inspira de Galien, ses successeurs adhérant à la chimiatrie ou au vitalisme, enfin le système qui naguère a nié la vérole de par Broussais, comme celui qui a voulu la soumettre au positivisme; tous ces systèmes ont eu beaucoup de livres pour et contre. Ces productions où le génie n'est pas toujours absent et qui se font remarquer, quelquefois, par une dialectique élevée et brillante, ne s'adressent guère qu'à ceux *qui savent*. Mon intention est d'écrire surtout dans l'intérêt de ceux *qui ne savent pas* et qui n'ont pas beaucoup de temps pour apprendre. Je résumerai donc les faits, les idées, les pratiques que la science a recueillis du naufrage des systèmes, car il en est qui portaient des vérités utiles, et plus d'un chef d'école s'est montré profond observateur. J'ai, à cet effet, choisi un cadre suffisant pour contenir les détails les plus utiles à la pratique, et qui, n'étant pas trop vaste, permettra à tous, je l'espère, de saisir l'ensemble des connais-

sances qui composent la spécialité médicale appelée syphiliographie.

Depuis que les maladies vénériennes sont étudiées avec un peu de soin, on admet que certaines lésions se produisent, en général, sur le point contaminé et à une époque voisine de l'application de la cause : ce sont là les *maladies vénériennes dites primitives ;* il en est, au contraire, qu'on observe ordinairement, après celles-ci, qui leur succèdent : ce sont les *maladies vénériennes dites consécutives.* On peut très-bien étudier les faits sous ces deux divisions déjà anciennes. Je les ai adoptées parce que ce sont les moins reprochables au point de vue de la logique, et parce qu'elles me paraissent favorables à l'enseignement. Mais je suis loin de les admettre comme pouvant servir de base à une doctrine.

Hunter avait établi deux variétés parmi les maladies consécutives ou constitutionnelles, et M. Ricord, adoptant cette subdivision, arriva à la classification des accidents syphilitiques en *primitifs*, *secondaires*, *tertiaires.* Ce syphiliographe crut même trouver dans cette espèce de triade, déja vieille d'ailleurs [1], les bases d'une véritable méthode, et il n'aboutit qu'à un système, mais un système dont l'exacte symétrie devait séduire une époque portée au positivisme et dont la simplicité apparente était fort du goût de certaines intelligences que je n'ai nullement besoin de caractériser. D'après un grand esprit, qui dit système dit supposition ; or, on sait ce qui arrive aux suppositions quand on les approche de la lumière d'une critique un peu sévère. Cependant le système semblait résister à la logique et même aux arguments puisés dans l'observation clinique. C'est qu'il avait été érigé par l'expérimentation, et l'on comprend la puissance de l'expérimentation sous le règne du positivisme. Les adversaires se virent

[1] Voyez Thierry de Hery, *La méthode curatoire de la maladie vénérienne*, et la page 295 de ce livre, où j'ai exposé cette triade avec les termes mêmes de son véritable auteur.

forcés de descendre sur le terrain de l'expérimentation et le système fut attaqué par les procédés et, pour ainsi dire, avec les instruments qui l'avaient édifié. On se mit enfin à inoculer. Les expériences furent plus variées, autrement dirigées. Il en est qui prouvèrent que le chancre n'était pas seul inoculable, que les accidents consécutifs pouvaient se transmettre aussi : or, comme le système reposait essentiellement sur l'inoculabilité exclusive du chancre, ce premier fait expérimental fut pour lui un rude coup, puisqu'il portait sur sa base ; il compromit gravement la classification qui en dépendait, car la seule différence admise entre le chancre et les autres accidents syphilitiques s'était évanouie. D'autres expériences établirent, ensuite, que le véritable chancre, qu'un pus très-virulent, très-syphilitique, ne pouvaient rien contre certains individus, parce qu'ils étaient naturellement ou accidentellement réfractaires : or, comme le système avait promis au diagnostic l'infaillibilité de l'inoculation chancreuse, il se trouva en défaut en présence de sa principale application pratique. Ainsi les *lois immuables de l'expérimentation* proclamées par M. Ricord furent abrogées par l'expérimentation même et la certitude promise devint incertaine [1]. Quelques notions de philosophie médicale et un peu de réflexion sur les différences des résultats de l'expérimentation, selon qu'elle opère dans l'ordre tout à fait physique ou dans l'ordre pathologique, pouvaient faire prévoir cela. Vinrent ensuite les observations qui prouvèrent que l'accident secondaire pouvait survenir après le tertiaire, et *vice versâ*. L'ordonnance du système fut donc aussi compromise. Que restait-il ? On verra, dans le corps de l'ouvrage, les preuves de tout ce que j'avance ici. Cependant je serai réservé et bref sur ce point, car c'est pour recueillir les vérités pratiques sorties de l'obser-

[1] Voyez dans les NOTIONS PRÉLIMINAIRES, aux articles *Inoculation* et *Syphilisation*, quelle lueur l'éloquence de M. Malgaigne a jetée sur les énormes brèches d'un système auquel ce professeur s'était rallié dans un temps, et qui avait pour chef un ami de vingt ans !

vation et celles que les systèmes laissent en tombant, que ce livre est écrit, et non dans un autre but. Seulement, comme, selon moi, rien n'est plus dangereux pour les études et pour la pratique, que de revêtir des formes de la certitude et d'appeler certitude ce qui peut n'être que probable ou très-incertain, j'ai dû prémunir les élèves et les jeunes praticiens contre des mécomptes et des regrets.

Après les deux principales divisions (*maladies vénériennes primitives* et *maladies vénériennes consécutives*) viendra la section des *maladies vénériennes des nouveaux nés*, la syphilis infantile. Là se trouveront agitées les questions d'hérédité, de contagion de l'enfant à la nourrice, de la nourrice à l'enfant. On comprend l'importance de cette section, car ici la famille, la justice, la société entière se trouvent intéressées, et cependant la plupart des livres français sont très-incomplets à cet endroit !

La quatrième section renfermera la *prophylaxie des maladies vénériennes*. Il y aura ici une prophylaxie générale, une prophylaxie privée et des règles sur la police médicale.

Sous le titre de *Notions préliminaires*, et après quelques mots sur la synonymie, on trouvera un aperçu historique des maladies vénériennes, une idée du virus syphilitique et de ses principaux effets, on montrera les causes d'erreur dans l'observation, l'expérimentation sera appréciée à sa juste valeur, les procédés d'inoculation seront indiqués, la syphilisation sera jugée. Je terminerai cette introduction par des généralités sur la transmissibilité des accidents secondaires.

Quand j'ai dit, en commençant, que je me proposais de résumer les faits, les idées, les pratiques qui composent la syphiliographie, j'ai dû faire comprendre que j'emprunterais beaucoup à mes prédécesseurs. Tous seront cités avec reconnaissance. Je soumettrai au lecteur ce que l'expérience m'a appris à Lourcine, dans le service des femmes, et pendant plus de dix années, à l'hôpital du

Midi, depuis que j'ai succédé à Cullerier, l'homme honnête, le praticien sage.

Sur un si vaste théâtre je ne pouvais rester indifférent aux questions scientifiques. J'ai osé traiter une des plus importantes, celle de la transmissibilité de l'accident secondaire. Je crois l'avoir résolue par l'expérimentation dans le sens des contagionistes. Mes expériences ont été répétées en France et en Allemagne ; toutes ont servi à une brillante discussion dans le sein de l'Académie de médecine. MM. Velpeau, Lagneau, Gibert, Gerdy et Roux [1] ont soutenu, avec le talent qu'on leur connaît, la *transmissibilité de l'accident secondaire*, et, chose peut-être inouïe dans les fastes de l'Académie de médecine, l'opinion contraire n'a eu qu'un défenseur. Si de la France on passe à l'étranger, on trouve que l'opinion des savants académiciens est généralement partagée. On peut voir, surtout dans la presse allemande, avec quelle supériorité elle a été soutenue par Waller, Simon, Droste.

Pour faciliter l'étude des formes syphilitiques les plus importantes à connaître, je les ai représentées par des gravures coloriées et d'après des dessins que je puis me dispenser de louer puisqu'ils sont dus à M. Bion. La nécessité de ces représentations coloriées sera surtout reconnue au chapitre des affections cutanées, car on sait l'importance de la teinte des syphilides dans le diagnostic, et les difficultés que rencontre l'élève qui désire un tableau des principales variétés. Il le trouvera ici tout fait et d'après nature.

Dans ces derniers temps, quelques syphiliographes arrêtés se sont mis à discourir violemment ou sur le ton d'un léger badinage. Ils ont écrit de même. N'ayant aucun motif pour partager les sen-

[1] On remarquera que parmi ces orateurs se trouvent deux syphiliographes distingués et trois professeurs de la Faculté de Paris. Lisez leurs discours dans le *Bulletin de l'Académie de medecine* (Paris, 1852, t. XVII, pag. 879 et suiv.), où ils se trouvent exactement reproduits.

timents qui ont inspiré une littérature de ce goût, ayant remarqué d'ailleurs qu'elle n'avait ni éclairé ni agrandi les questions, je m'en suis abstenu ; je me suis efforcé de parler le langage de la science le plus clairement possible, puisque je n'avais en vue que la science et l'intérêt de ceux qui veulent l'étudier sérieusement.

PRÉFACE

DE LA DEUXIÈME ÉDITION.

Ce livre était surtout destiné à compléter les ouvrages classiques de pathologie interne et externe dont les cadres ne peuvent contenir toute la syphiliographie.

Il a été assez heureux pour suivre la fortune de ceux qui se partagent la faveur du public. Ecrivant pour les jeunes médecins, j'ai dû, avant tout, leur enseigner les vérités qui restent, indépendamment des systèmes et des systématiques qui tombent. J'ai donc consacré la plus grande partie de cet ouvrage à la pratique, à la thérapeutique. Cependant, comme je l'ai dit dans ma première édition, je ne pouvais être indifférent aux questions de doctrine. J'ai surtout traité celle de la *transmissibilité des accidents dits secondaires*. Je l'ai résolue dans le sens des contagionistes. Pour savoir si j'étais dans le vrai, on n'a qu'à parcourir les productions qui ont suivi la publication de ce livre. Toutes celles qui ont un caractère sérieux sont dans les principes que j'ai soutenus. Il n'entre point dans ma pensée de m'attribuer ce progrès. Je désire tout simplement le constater. Les *accidents syphilitiques dits secondaires se transmet-*

tent dans certaines circonstances, voilà le dogme actuel; il est déjà écrit dans les livres de MM. Grisolle [1] et Valleix [2].

D'ailleurs d'autres observations, d'autres expériences confirmatives seront encore faites. Gardez-vous d'en douter. Arrivant après le bruit de la lutte et sous un pavillon neutre, elles seront acceptées, même par ce qui reste d'opposants. Le point d'honneur sera déclaré sauf. Personne n'aura été vaincu. Et s'il y a triomphe, il ne sera que pour la science.

On trouvera dans cette nouvelle édition beaucoup de corrections et des additions importantes. Les corrections sont littéraires. Les additions portent sur les articles relatifs à la syphilis des viscères. La section de la syphilis infantile a été refondue. Enfin d'autres figures coloriées ont été ajoutées. Elles représentent surtout des *accidents tardifs*.

[1] *Traité élémentaire et pratique de pathologie interne;* 6e édition. Paris, 1855, 2 vol. grand in-8.

[2] *Guide du médecin praticien.* Paris, 1853, 5 vol. in-8, 3e édition.

Paris, juin 1855.

NOTIONS PRÉLIMINAIRES.

Je réunis, sous ce titre, quelques aperçus généraux sur les principales questions de la Syphiliographie. Ils serviront à l'intelligence des points particuliers de pathologie et de thérapeutique, traités d'une manière spéciale dans ce volume. Les remarques particulières auront pour objet : La synonymie. — L'histoire des maladies vénériennes. — Les principes de l'observation et de l'expérimentation. — La question de la syphilisation. — La transmissibilité des accidents secondaires. — Je terminerai par donner une idée des doctrines en syphiliographie, et j'indiquerai la classification que j'adopte.

SYNONYMIE.

Les maladies que je vais étudier ont reçu une infinité de noms venant tantôt de leur mode de propagation, tantôt d'un symptôme grave, tantôt du pays qui était accusé d'avoir donné naissance au fléau, ou du peuple qui l'aurait communiqué à d'autres peuples, tantôt enfin de la Fable. Ainsi *Maladie vénérienne* vient de ce qu'on la contracte ordinairement dans l'acte vénérien ; *Vérole* indique les pustules de la peau qui se manifestent à une certaine période du mal, pustules que l'on comparait à celles de la variole ; on dit *Mal français, Mal napolitain,* parce que les Français et les Napolitains ont été accusés d'avoir communiqué le fléau aux autres nations. Les noms de ces deux peuples n'ont pas été les seuls à servir d'épithète, car presque tous ont été tour à tour incriminés : les Turcs comme les Allemands, les Polonais comme les Moscovites, etc. Mais il faut convenir que les Français, sous ce rapport, ont acquis la plus grande célébrité. *Syphilis* est une création de Fracastor : il suppose, dans son poëme, que le berger *Syphilus* a été le premier frappé du mal inventé par le courroux des dieux. Je me garde d'épuiser la synonymie, car elle pourrait remplir plusieurs pages, sans intérêt pour la science et la pratique. Les dénominations qui ont prévalu sont celles-ci : *Maladie vénérienne, Syphilis, Vérole.* Il est des méde-

cins qui les emploient indifféremment ; néanmoins on est assez généralement convenu, aujourd'hui, d'accepter la première dénomination comme la plus générale, car elle indique la source la plus féconde du mal, c'est-à-dire le coït ou les autres rapports luxurieux : on dit *Syphilis* pour indiquer que le virus, le *poison morbide,* est intervenu et qu'il joue le principal rôle ; il y a *Vérole* ou *Syphilis constitutionnelle* quand ce virus a modifié assez profondément l'organisme pour créer une diathèse, une manière d'être, un tempérament à part. Ces maladies, du reste, peuvent être indépendantes de tout rapport vénérien, luxurieux, car le virus est quelquefois inoculé par un accident, par une plaie. Au moment où ceci est écrit, il y a, dans mon service, à l'hôpital des Vénériens, un charretier qui, dans une rixe, a été mordu au pouce par un camarade qui lui a inoculé en même temps un chancre.

APERÇU HISTORIQUE.

Cet aperçu sera bref, car, partout, dans l'histoire de la syphilis, j'ai trouvé des obscurités, nulle part une vraie lumière pour la doctrine, pour la pratique. Le point historique le plus obscur est celui qui a trait à l'origine de la maladie vénérienne. A-t-elle la même date que l'humanité ? est-elle moderne et serait-elle née à la fin du XVe siècle ? L'immense érudition d'Astruc, les dates qu'il a accumulées, les commentaires auxquels il s'est livré pour répondre à cette double question, ne l'ont pas avancée d'un pas. On sait, il est vrai, qu'Astruc est partisan de l'origine moderne, mais on ne sait que cela quand on a pu le lire avec attention jusqu'au bout. La majorité des auteurs est contre Astruc et adopte l'origine ancienne.

Pour simplifier la question, je dois, avant tout, noter ici qu'il y a des maladies vénériennes non virulentes, indépendantes du virus, et d'autres qui sont spécifiques, avec virus. Eh bien ! il ne peut pas y avoir désaccord sur la question de savoir si les premières maladies ont toujours existé, car, de tout temps, on a observé aux parties génitales des phlegmasies, des écoulements, des ulcérations à la suite du coït trop souvent répété ou exercé dans des conditions défavorables; ainsi pendant les menstrues, pendant la grossesse, etc. Certaines maladies vénériennes sont donc de toute antiquité; nul doute sur ce point. Reste la question de savoir si les maladies spécifiques, celles avec virus, si la syphilis enfin est aussi ancienne, si de tout temps on a observé des symptômes généraux et une infection générale comme nous l'observons journellement, ou bien si les maladies virulentes ne datent que de la fin du XVe siècle. En parcourant les trois phases principales

de l'histoire des maladies vénériennes, je m'efforcerai de jeter quelque jour sur ces deux questions.

Antiquité jusqu'au quinzième siècle. — Il est vrai que la maladie vénérienne n'avait dans l'antiquité ni nom, ni thérapeutique, ni livre à part. Mais déjà Moïse avait ordonné des précautions contre la contagion de la gonorrhée (*profluvium seminis*) qui est la blennorrhagie d'aujourd'hui. Hippocrate fait mention non-seulement des ulcères de la verge, mais des pustules, et il parle de la chute des cheveux. Celse est plus remarquable ici, car, si on l'interprète bien, on voit qu'il connaissait presque toutes les ulcérations de la verge; et, avec les notions acquises aujourd'hui, il n'est pas impossible de reconnaître dans ses descriptions, non-seulement le chancre, mais plusieurs de ses variétés : ainsi le chancre vulgaire et même le chancre induré. Bien plus, Celse indique les complications par phimosis, par paraphimosis. Mais les distinctions rigoureusement scientifiques ne pouvaient être établies par Celse, et il serait injuste d'exiger de lui un diagnostic que beaucoup de médecins seraient incapables d'établir, même de nos jours.

Anciennement, toutes les lésions des parties génitales étaient considérées comme des effets, des formes de l'inflammation; la cause spécifique était inconnue, et les rapports des divers symptômes n'avaient pas été saisis. Cependant un fait qui aurait dû éveiller davantage l'attention des anciens, c'est celui de la contagion qui a été connu pourtant par les plus éclairés : ainsi Galien trace avec son génie ordinaire la contagion, de la blennorrhagie, et son école ne manque jamais de le répéter en cela comme en tout.

A mesure qu'on s'éloigne de l'antiquité, les éléments pathologiques semblent plus distincts; ils se rapprochent pour constituer la maladie vénérienne avec ses formes spéciales : ainsi les Arabes et les Arabistes sont très-instructifs au point de vue de l'histoire. Avicenne et Arétée parlent d'un mal de gorge à part et que ce dernier appelle égyptien, et il le croit particulier aux jeunes gens. Le fait de la contagion est très-nettement exprimé, et la cause spécifique est entrevue par Guillaume de Salicet, Lanfranc, B. Gordon : ces auteurs notent les funestes conséquences des rapports charnels avec des femmes immondes ayant des écoulements qu'ils désignent déjà comme virulents (*virulentes*); ils indiquent des aposthèmes des aines, et signalent des éruptions cutanées comme accidents généraux, éruptions qu'ils rapportaient à la lèpre. Pour les aposthèmes, ils ne sont pas représentés seulement comme froids ou chauds et isolés de leur cause : ce sont de véritables bubons avec point de départ à la verge. Ainsi, on trouve dans G. de Salicet ce passage remarquable : « Et le bubon a lieu quand l'homme est infirmé à la

verge à cause d'un contact avec une femme immonde, ou par toute autre cause, de telle sorte que la corruption s'amasse dans cet organe, et la matière, ne pouvant s'écouler, retourne aux aines à cause de l'affinité qu'ont ces parties avec la verge infectée. » Lanfranc, élève de G. de Salicet, parle aussi d'aposthèmes des aines survenant à la suite d'ulcères à la verge : *Sœpe provenit aposthema in inguine propter ulcera virgœ, propterea quod est descensus humorum ad illa loca* [1]. De plus, Lanfranc conseille un moyen préservatif que je ferai connaître, quand je traiterai de la prophylaxie des maladies vénériennes. J'ajouterai que, bien avant le XV[e] siècle, il existait des règlements de police médicale pour certaines maisons de prostitution : celles de Londres, par exemple.

Nul doute donc sur l'antiquité des maladies vénériennes locales non virulentes, et de fortes présomptions sur l'existence, dans les mêmes temps, des maladies virulentes, de celles qui infectent localement et généralement. Ainsi, il est très-probable que plus d'une syphilide se trouvait cachée dans cette foule si confuse d'affections cutanées, parmi ces lèpres dont il est si souvent question chez les anciens et qui n'ont pas autant disparu que veulent bien le dire les hygiénistes. Quel est le point de départ de l'administration du mercure après l'épidémie du XV[e] siècle ? précisément les succès obtenus dans les temps anciens, pour la cure de ces maladies confondues avec la lèpre et parmi lesquelles devaient être des syphilides. N'est-ce pas là une nouvelle preuve établissant les rapports des maladies antérieures au XV[e] siècle avec celles qu'on a observées après cette époque ? Mais d'ailleurs, comme je l'ai dit déjà, les maladies dites lépreuses n'ont pas disparu : seulement, ayant été mieux étudiées, mieux spécialisés, la part de la lèpre a été tellement réduite dans ce partage scientifique, qu'elle semble ne plus exister. Ce qui revenait à la syphilis ne pouvait être déterminé que par la connaissance de la filiation de l'accident primitif avec l'accident constitutionnel, avec l'éruption cutanée. Or, cette filiation était méconnue des anciens. Ignorant le temps qui s'écoule entre le phénomène d'inoculation (accident primitif) et le phénomène d'infection (accident consécutif), ces deux éléments de la même maladie ont pu passer à leurs yeux pour deux maladies à part et n'ayant aucun rapport de causalité. Peut-être cette espèce d'incubation de l'accident consécutif se prolongeait-elle davantage dans les temps anciens, et cela par des circonstances que nous ne pouvons apprécier, ce qui a pu être un nouvel obstacle au progrès.

[1] Pract. III, doctr. II, cap II.

Quinzième siècle. — A cette époque, plusieurs peuples furent frappés par un fléau qu'on a representé comme hideux et cruel. De nombreuses pustules couvraient la peau des malades, des douleurs atroces se répandaient sur les membres, attaquaient la tête, douleurs qui correspondent à celles que nous appelons aujourd'hui ostéocopes, rhumatoïdes ; il y avait insomnie, ardeurs d'urine et fièvre. C'est surtout à la fin du XVe siècle (1495) et à Naples, pendant l'occupation de l'armée française commandée par Charles VIII, que le fléau se montra avec ses caractères les plus saillants et fit le plus de victimes. La rapidité avec laquelle cette maladie se propagea, l'étendue de pays qu'elle parcourut la firent considérer comme épidémique, même par ceux qui admettaient ou soupçonnaient déjà la contagion ; aussi appelle-t-on toujours épidémie du XVe siècle cette période de l'histoire de la syphilis.

Mais si, pour quelques auteurs, ce fut là une maladie nouvelle, pour beaucoup d'autres il s'agissait d'une dégénérescence ou d'une aggravation d'une maladie déjà connue. C'était une forme de la peste maranique, ou bien une affection analogue au lichen épidémique d'Hippocrate, ou une mentagre ayant aussi le caractère épidémique. Il n'est pas étonnant qu'à cette époque certaines conjonctions des astres aient été accusées par plusieurs auteurs, entre autres Pinctor [1] et Grunbeck [2] qui saisirent cette occasion pour se livrer à des dissertations dont il est difficile de voir la fin. On s'étonnera moins encore d'apprendre que l'air atmosphérique, que le souffle de la parole aient été considérés comme vecteurs du principe morbifique. Ce qui frappait le plus et tout d'abord l'observateur, c'était l'état de la peau qui était couverte de pustules et les douleurs des membres qui tourmentaient les malades. Les lésions des organes génitaux étaient ignorées ou paraissaient peu importantes relativement aux autres manifestations pathologiques qui d'ailleurs les suivaient de très-près. Il est probable même que ces lésions, c'est-à-dire ce qu'on appelle aujourd'hui *accidents primitifs*, ont été quelquefois complétement absentes. Pour mon compte, je suis porté à le croire, surtout depuis que j'ai prouvé d'une manière si positive la transmissibilité des syphilides sous la forme pustuleuse. En effet, à une certaine période les pustules répandues sur la peau devaient être transmises de l'individu malade à l'individu sain.

Quoi qu'il en soit, la maladie fut considérée d'abord comme épidémique, puis comme épidémique et contagieuse, et c'est surtout

[1] *Tractatus de morbo fœdo et occulto his temporibus affligente.* 1499, chap. IV.

[2] *Tractatus de origine pestilentialis scorræ sive mala de Franzos magistri Jos. Grunbech de Burchauzen*, 1503, chap. IV.

quand on lui reconnut ce dernier caractère que les divers peuples s'accusèrent mutuellement d'avoir importé le fléau. Ces accusations cessèrent un peu en Europe, quand on eut inventé l'origine américaine. On supposa, en effet, que les Espagnols de retour de la conquête d'un nouveau monde avaient apporté avec eux un nouveau mal qu'ils auraient semé en Italie où se trouvait alors une armée française. Cette version, c'est-à-dire la doctrine de l'importation américaine, a été très-accréditée. Elle compte encore des partisans. On a fait plusieurs objections sérieuses. Ceux, par exemple, qui croient que l'accident primitif seul est inoculable, trouvent fort étrange que cet accident ait conservé sa virulence pendant la longue traversée des matelots espagnols et tout le temps qu'ils ont mis pour arriver jusqu'en Italie. On peut répondre que les accidents secondaires s'inoculent aussi, et que la maladie de l'armée d'Italie s'étant surtout manifestée par des pustules, celles-ci ont pu naître chez les Espagnols pendant la traversée. Mais il y a contre les importateurs une objection plus embarrassante, c'est celle qui s'appuie sur l'immunité des ports d'Espagne qui ont d'abord reçu les voyageurs où ceux-ci ont séjourné, et cela, en tenant la conduite de tous les marins longtemps privés de femmes. Ainsi, il est constaté que la plus grande partie de l'équipage de Colomb resta à Séville sans que cette cité ait eu à souffrir du prétendu mal importé par les navigateurs. Ils n'auraient donc été dangereux que pour la population napolitaine, après avoir laissé entièrement pure la population espagnole ! D'ailleurs, quand les Espagnols arrivèrent en Italie, ce pays était déjà infecté comme d'autres pays européens. Swediaur va même jusqu'à dire que ce sont les Européens, les Espagnols qui ont importé la vérole au nouveau monde ! Du reste, je ne sais pourquoi les partisans de l'importation américaine soutiennent l'origine moderne de la syphilis et ne veulent en trouver aucune trace dans l'antiquité ; car, en accordant que le mal soit venu d'Amérique, on est obligé de se demander, tout de suite, comment il est arrivé dans le nouveau monde. La question de l'origine première de la syphilis n'est donc que déplacée et non résolue, même en admettant l'importation américaine.

Quoi qu'il en soit de l'origine de la maladie du XVe siècle, elle nous apparaît avec un cortège, sous beaucoup de rapports, bien différent de celui de la syphilis que nous entrevoyons dans l'antiquité, et de celui de la syphilis de nos jours. Les tableaux des auteurs qui avaient observé au XVe siècle nous montrent bien des traits qui se reproduisent encore ; mais autour sont des couleurs, des teintes qui prouvent qu'à des lésions dépendant, en réalité, de la syphilis, se mêlaient des lésions, des symptômes généraux qui font présumer de graves compli-

cations tenant à des conditions hygiéniques malheureuses, à un grand désordre de mœurs. Enfin, il est très-probable que d'autres maladies graves sévissaient alors en même temps que la vérole, et qu'elles se compliquaient mutuellement : ainsi on a présumé que la lèpre, le typhus, le farcin, ont pu se mêler à la vérole, d'où ce caractère d'extrême gravité qu'on pouvait observer à l'époque que je décris. Ce qui fait admettre cette hypothèse, c'est que les cas les plus graves de vérole observés aujourd'hui sont généralement fournis par des malheureux ayant supporté toute sorte de privations, ou sous l'influence complicative des vices scorbutique ou strumeux. Nous voyons alors se reproduire plus d'un trait des sombres tableaux tracés par le XVe siècle. Ainsi, au moment où ceci est écrit, il y a dans mon service un jeune homme profondément débilité, d'une nature strumeuse, qui a son corps couvert de pustules; aux membres inférieurs sont des rupia et des ecthyma profonds, à croûtes noires crevassées; sous ces croûtes étaient creusées des ulcérations dont quelques-unes ont pris la forme serpigineuse, d'où des douleurs atroces. N'y a-t-il pas là plus d'une ressemblance avec la maladie du XVe siècle qui a été appelée *morbus pustularum ?*

Les caractères de la syphilis devinrent plus clairs, plus faciles à saisir à mesure qu'elle put se dégager des maladies complicatives et que le génie épidémique s'effaça. En effet, on put alors rassembler les éléments syphilitiques et constituer une espèce pathologique qui prit rang dans la science.

J'ai dit, en parlant de la première période historique, que la maladie vénérienne n'avait, dans l'antiquité, ni nom, ni thérapeutique, ni livre; mais à dater de la période que je termine, cette maladie a eu beaucoup de noms, une thérapeutique spéciale et des livres qu'on ne peut plus compter.

Seizième siècle. — Ici apparaissent trois grandes figures : Paracelse, Fallope, Fernel. Paracelse, un des premiers, rapporte la syphilis à Vénus. Il tend à faire rejeter la dénomination de *mal français* pour celle de *maladie vénérienne*. Paracelse pressent la véritable nature de la maladie. Il ne prononce pas encore le nom de *virus* pour énoncer la cause, mais il admet un *miasme vénérien*. Seulement, quand Paracelse veut expliquer les effets, il s'égare comme bien d'autres. La pratique doit placer très-haut ce novateur, car c'est lui qui a inauguré le mercure comme base de traitement. Il fit la guerre au gaïac. Il le considéra comme insuffisant, ce qui est toujours vrai, et comme dangereux, ce qui n'a jamais été prouvé.

Fallope représente le mieux les rhéteurs italiens. Les théories qu'il a

hasardées sur l'étiologie, toutes ces conceptions de Fallope méritent l'oubli. Mais à côté de ces erreurs de l'imagination sont des tableaux qui décèlent un esprit réellement observateur, et on peut dire que la vraie symptomatologie de la syphilis commence avec Fallope. L'induration du chancre est notée, sa forme arrondie est tracée, les gommes, les tubercules sont décrits; la physionomie des syphilides est dévoilée; elles sont couleur *chair de jambon*[1].

Mais Fernel restera toujours en tête de l'époque réellement scientifique de la syphilis, et cela, avec d'autant plus de justice que les siècles qui nous séparent de lui ont à peine ajouté à sa doctrine[2]. Non-seulement Fernel établit scientifiquement la nécessité, l'existence d'une cause spécifique, mais il la suit de l'individu malade à l'individu sain; il démontre la transmissibilité par ses véritables voies, surtout par l'acte vénérien, d'où *lues veneris*. La maladie a son nom, sa cause; les symptômes sont reconnus, décrits : ce sont les accidents primitifs, les accidents consécutifs ou constitutionnels; enfin l'application du poison, ses effets locaux, ses résultats généraux, tout a été magistralement tracé par Fernel. Seulement, quand il veut classer les effets du virus selon le degré de profondeur que celui-ci a atteint, quand il a eu la prétention d'établir quatre degrés de la maladie qui seraient marqués par quatre couches de nos tissus progressivement atteints, depuis l'épiderme jusqu'aux os; seulement alors, Fernel s'égare comme se sont égarés tous ceux qui ont voulu l'imiter et numéroter les formes de la maladie. Mais quant à la partie fondamentale de sa doctrine, elle règne encore dans nos écoles où elle est parvenue, surtout par le livre d'Astruc.

VIRUS SYPHILITIQUE.

C'est, selon Hunter, un poison morbide, un effet d'une maladie; ce poison peut répéter la maladie dont il est un produit, ce qui n'a pas lieu pour les autres agents toxiques.

Le virus syphilitique ne peut être directement, matériellement observé; rien n'a pu le mettre à nu sous nos yeux, rien n'a pu le montrer à l'état simple et sans mélange; la micrographie, la chimie, se sont montrées ici complétement impuissantes. Il est impossible de le connaître directement, mais tout aussi impossible de le nier. Il se révèle par quelques-uns de ses effets dont le plus remarquable est une grande facilité de reproduction. Placé dans de certains rapports et dans cer-

[1] *De luis venereæ curatione perfectissima liber.*
[2] *De morbo gallico* cap. XXXVI.

taines conditions avec les tissus vivants, le virus provoque, ordinairement, un acte morbide dont le résultat est sa reproduction, sa multiplication. C'est là une germination, car la cause produit un effet, lequel devient lui-même cause. L'observation avait démontré l'existence du virus syphilitique, car le nombre d'individus qui gagnent des chancres par des rapports avec des porteurs de chancres est infini. Mais, pour certains esprits, il fallut que l'expérimentation intervînt afin de lever tous leurs doutes : on a vu alors le pus d'un chancre, porté sur une lancette et inséré sous l'épiderme, donner naissance à la même forme d'ulcération avec la même propriété de reproduction.

Le virus syphilitique a pour véhicule ordinaire un pus ténu, mal lié, séro-sanieux, avec détritus organiques plus ou moins apparents. Mais le pus le plus louable, le muco-pus, servent aussi de véhicule au virus et ne paraissent pas le modifier en rien. Non-seulement le virus peut exister dans les sécrétions morbides, mais il n'est pas prouvé qu'il ne puisse altérer les sécrétions normales. Il se combine avec le sang et y subit quelques modifications ou se mêle seulement à lui. Un pus particulier, le pus putride, résultat de la gangrène, semble neutraliser le virus.

On a conservé longtemps le pus virulent dans des tubes, entre deux verres, comme le virus vaccin, sans lui faire perdre ses propriétés. Percy en a donné la preuve. Mais, pour que les propriétés du virus se développent, il faut qu'il soit appliqué à l'état liquide, ou qu'il soit rendu tel par les humeurs de la partie avec laquelle on le met en rapport. Une solution très-étendue de ce pus peut être inoculable. On a parlé d'une goutte de cette humeur dans un verre d'eau et qui a suffi pour rendre ce liquide virulent. Ceci est à noter pour justifier ce que j'appelle l'*absorption physiologique* du virus et pour être prévenu contre les eaux qui ont servi aux bains, au lavage des vénériens.

Le suc gastrique, une solution de sulfate de fer, n'ont en rien altéré les propriétés du virus (Hernandez). Certains acides tuent pour ainsi dire le virus. Il en sera question quand je traiterai de la prophylaxie de la vérole.

Y a-t-il plusieurs virus? — La question de l'existence du virus n'en est plus une. Mais on ne cesse de se demander s'il y a un ou plusieurs virus, s'il peut être de qualité, de force différentes. Cette question a dû être posée par tous les syphiliographes qui se sont trouvés en présence des effets quelquefois si divers de la *matière virulente*. Ainsi y a-t-il un virus qui ne fait qu'enflammer la muqueuse, et un autre qui l'ulcère? Ou, pour mieux dire, y a-t-il un virus pour la blennorrhagie, et un autre pour le chancre? Hunter répond ici par la négative, et

explique la différence des effets par la différence des surfaces d'application. Selon le syphiliographe anglais, si le pus spécifique est mis en rapport avec des surfaces sécrétantes, il surviendra une blennorrhagie (ces surfaces sont les muqueuses de l'urètre, du vagin); si le même pus est mis en rapport avec la peau et les muqueuses qui sont sur ses limites, il y aura chancre (ces muqueuses sont celles du gland, du prépuce, de la vulve, des lèvres buccales). Mais comme on a constaté des chancres sur toutes les muqueuses mises directement en rapport avec la *matière virulente,* la théorie de Hunter a dû être abandonnée. On la remplaça alors par la théorie du double virus, soutenue surtout par B. Bell et Hernandez. J'en parlerai quand il s'agira de la blennorrhagie; mais je dois dès à présent montrer comment elle a été défendue par Hernandez contre les arguments les plus péremptoires, puisqu'ils étaient puisés dans l'expérimentation.

Un expérimentateur nommé André s'inocula avec la matière de la gonorrhée et se donna ainsi un chancre. A cela Hernandez répond que le fait a peu d'importance parce qu'il est unique et parce qu'il faut s'en rapporter à un *chirurgien inconnu.* Mais Hunter aussi avait produit des chancres avec le muco-pus de la blennorrhagie. Alors Hernandez objecte que ces ulcérations guérirent d'elles-mêmes, et que par conséquent elles ne pouvaient pas être syphilitiques; ce n'étaient pas des chancres! Mais il y eut bubon; il survint des accidents consécutifs. Le bubon, répond Hernandez, peut tenir à « l'état de l'irritation de l'ulcère du gland. » Quant aux accidents consécutifs, comme ulcère à la gorge, pustules, tout cela pouvait être rapporté à d'autres causes. On a vu tantôt Hernandez ne pas croire à André parce qu'il était *inconnu.* Vous vous imaginez peut-être alors que Hunter lui inspirera une plus grande confiance parce qu'il est très-connu? Pas le moins du monde. Hernandez finit par dire : « Peut-on d'ailleurs beaucoup compter sur la nature syphilitique de toutes les affections données comme vénériennes par de *grands médecins ?* »

Bien plus, Hernandez ne croit pas même à ses propres expériences. Ainsi il inocula des forçats *qui craignaient les travaux de l'arsenal.* Sur 17 forçats les résultats furent des ulcères; 5 furent promptement guéris sans remèdes internes, sans que les ulcères eussent aucune apparence vénérienne. «Dans les autres, dit Hernandez, on a eu des ulcères opiniâtres dont quelques-uns avaient *toutes les apparences syphilitiques* avec des *symptômes généraux qui paraissent le confirmer* [1]. » Deux ne purent obtenir la guérison que par le mercure doux. Vous pensez peut-être

[1] Hernandez, p. 63.

que notre expérimentateur, ayant donné des chancres à 12 forçats sur 17, et cela avec du muco-pus de la gonorrhée, va conclure à la possibilité de produire des chancres par ce même muco-pus? Nullement. Ces ulcères n'étaient pas vénériens parce qu'ils avaient été provoqués sur des scorbutiques et des scrofuleux ! Or c'est Hernandez lui-même qui avait choisi les sujets à expérimentation. Il savait donc d'avance qu'ils étaient en proie au scorbut et aux écrouelles ! Je cite ce passage remarquable de Hernandez non-seulement pour prouver l'identité du pus blennorrhagique et du pus chancreux, mais pour faire voir encore une fois que l'expérimentation, pas plus que l'observation, ne peut détruire les préventions systématiques, prévenir les subtilités, puisqu'on voit ici Hernandez, possédé par l'idée du double virus, résister aux preuves les plus matérielles sorties des expériences de deux médecins et même de ses expériences personnelles. Le système était pour lui plus fort que l'évidence. On croit généralement que c'est tout à fait de nos jours que l'imagination joue un grand rôle dans le positivisme; que certaines subtilités sont modernes et originales. Cette erreur est bien grande !

Hernandez ayant d'ailleurs à sa disposition le chancre larvé, puisqu'il l'avait inventé, s'en sert, mais il n'en abuse pas. M. Ricord l'édite de nouveau et en abuse. Pour ce médecin, il n'y a qu'un virus, celui du chancre. La blennorrhagie n'est qu'une inflammation catarrhale, comme celle qui peut être provoquée par une cause simplement irritante ; elle n'a aucun rapport avec la vérole. Quand, par hasard, avec l'humeur qui sort de l'urètre on inocule un chancre, quand l'écoulement a été suivi d'accidents syphilitiques consécutifs, c'est qu'il n'y avait pas, à proprement parler, blennorrhagie; l'humeur provenait d'un chancre qui s'était dérobé à nos investigations, d'un chancre profond de l'urètre, d'un *chancre larvé*, puisqu'il faut l'appeler par son nom [1]. Or, parmi ces chancres cachés, il en est qu'on peut découvrir, qu'on finit par trouver; mais il en est qui sont introuvables. On les suppose dans la profondeur de l'urètre, chez l'homme, et dans la cavité utérine, chez la femme, c'est-à-dire là où on ne peut les constater. Mais si un jour on pouvait

[1] Il est évident pour moi, et pour tous ceux qui ont examiné sérieusement les deux faits d'anatomie pathologique publiés par M. Ricord pour appuyer sa théorie, qu'il s'agissait d'ulcérations tuberculeuses de l'urètre semblables à celles de la prostate qu'on observait chez les mêmes sujets. D'ailleurs, pour M. Ricord, il faut qu'il y ait solution de continuité préalable, pour que le chancre soit inoculé. Ainsi, dans ses *Lettres*, p. 90, ce médecin dit : « La présence d'une écorchure est de rigueur. » Il faudra donc que dans le fond de l'urètre il y ait une écorchure pour que le prétendu chancre se produise !

directement explorer la partie profonde de l'urètre et la cavité utérine et y prouver l'absence obstinée du chancre, on le supposerait plus loin, plus profondément encore, car avec un système qui met à son service les suppositions, il n'est pas difficile de tout supposer. On sait d'ailleurs qu'avant Hernandez, et ses copistes, on avait recours aux *causes occultes* quand on n'en trouvait pas d'autres pour avoir raison contre l'évidence. L'esprit humain n'a jamais été plus fertile que cela. En général, il remonte les temps quand il veut innover. Mais, alors, ô vous qui sacrifiez aux *dieux inconnus* comme de vieux Romains, cessez donc de nous appeler retardaires!

Voyons maintenant si l'admission d'un seul accident primitif, si le chancre, lève les difficultés. Accordons provisoirement à cette forme d'ulcération seule de sécréter le virus syphilitique et de produire les accidents dits consécutifs, expressions de la vérole confirmée. Mais restera toujours une maladie des muqueuses sans ulcération, naissant dans les mêmes circonstances que le chancre, et qui pourra produire sur le même individu des accidents de métastase, comme les ophthalmies, les arthrites blennorrhagiques; restera toujours une maladie, effet d'une contagion, laquelle n'est pas une simple phlegmasie, et donnant lieu aux effets primitifs que je viens de signaler. Si l'on ne voit pas, en elle, une maladie spécifique dont la cause est identique à celle du chancre; si l'on refuse d'admettre que le même virus peut produire les deux lésions, il faudra trouver une autre cause, supposer un autre virus, et l'on arrive alors à B. Bell, à son double virus, un pour la gonorrhée, un pour le chancre. Encore ici on réédite; on n'invente pas.

Pour expliquer les différences de la blennorrhagie et du chancre, soit dans la forme de la lésion, soit dans ses conséquences, on a aussi admis un virus plus ou moins fort, un virus entier et un demi-virus. MM. Lagneau et Baumès semblent sympathiques à cette hypothèse sur laquelle je reviendrai. Au lieu de deux virus, Carmichaël en a imaginé quatre donnant lieu à quatre accidents différents. Je le répète, les lésions qui suivent le coït suspect sont quelquefois si différentes dans leurs formes, leurs conséquences, qu'il n'y a aucun lieu de s'étonner des efforts auxquels on se livre pour trouver dans la cause la raison de ces différences. Mais, comme, jusqu'à présent, on n'a vu que par l'hypothèse, on n'est arrivé qu'à des suppositions. Les expériences qui ont été faites dans ces derniers temps, soit pour prouver l'inoculabilité des accidents secondaires, soit pour démontrer que l'organisme pouvait arriver à un état de saturation qui le rend réfractaire à toute action syphilitique, soit pour prouver la possibilité du chancre chez les animaux; ces expériences, dis-je, ont de nouveau posé les questions de savoir, si le virus pou-

vait être de force diverse, s'il pouvait être modifié dans le sang ou par le crible de certains organes ou en passant d'un individu à un autre, d'une espèce animale à une autre espèce, ou bien encore si ces différences dans les effets n'étaient dues qu'aux états divers de l'organisme qu'on mettait en rapport avec le virus. On s'est demandé enfin si les différences des produits provenaient de la graine ou du terrain. Il a été soutenu, avec raison, que des différences, et même des différences profondes, peuvent être attribuées à certains états de l'organisme créés par une hygiène particulière, par des maladies ayant précédé l'action syphilitique, par une thérapeutique sans méthode ou appliquée intempestivement et sans mesure. Ainsi de longues privations, des excès, les scrofules, le scorbut, un traitement mercuriel mal dirigé, pourraient avoir une influence sur la marche d'un chancre, et même sur sa forme. Mais, parmi les nombreux chancres qui ont été inoculés sur le même individu, sur le même organisme, en peu de temps, et cela pour produire des effets de syphilisation (saturation), on a vu de ces ulcérations marcher avec une grande promptitude, d'autres rester longtemps stationnaires, d'autres enfin devenir phagédéniques, d'autres revêtir la forme du chancre induré classique. Notez bien que ces variétés n'ont pas toujours répété les variétés des chancres qui avaient fourni la matière virulente inoculée. Ainsi, au moment où le jour semble se faire, l'obscurité reparaît : on sort d'un antre pour entrer dans un labyrinthe. C'est presque toujours ainsi en syphiliographie, surtout depuis qu'elle a la prétention d'être positive. Mais ces questions ne peuvent être ici qu'indiquées. En étudiant les diverses lésions syphilitiques, je les reprendrai. Alors plus voisines des faits, elles pourront peut-être laisser entrevoir une solution. C'est surtout au chapitre *Chancres* que je traiterai des rapports de la vérole avec l'induration de cet ulcère, ulcère considéré comme le seul infectant et auquel on attribuerait un virus différent de celui qui produit les autres chancres, lesquels ne seraient pas infectants.

Modes de contagion et de propagation du virus.—Chaque virus a, pour ainsi dire, son mode particulier de propagation. C'est par les rapports sexuels que le virus syphilitique se transmet dans la grande majorité des cas, et ce sont les organes génitaux qui sont le plus souvent affectés. Mais la débauche a fait naître d'autres rapports vénériens, d'où d'autres modes de contagion et qui exposent d'autres parties : l'anus, la bouche, les lèvres. L'allaitement est aussi une circonstance favorable à la contagion. Le toucher, les opérations avec les doigts écorchés, blessés, ont produit des accidents syphilitiques. Plus les rapports seront intimes, prolongés, plus il y aura de chances de contagion : c'est ce qui fait que la vérole est plus souvent transmise par *le coït et*

l'allaitement. Les chances seront bien plus grandes encore, quand il y aura solution de continuité, plaie ou déchirure, gerçures ou ulcérations de nature quelconque. Ainsi le coït avec des organes disproportionnés est plus compromettant que celui qui s'exerce dans des circonstances contraires, car, dans le premier cas, il peut s'opérer des déchirures qui facilitent singulièrement l'infection; d'où il résulte que, toutes choses égales, d'ailleurs, on est moins exposé avec une femme qui a fait des enfants qu'avec les autres, et surtout les jeunes filles. Quand il y a déjà balanite avec excoriation ou hespès, la contagion est singulièrement favorisée. Mais une solution de continuité préalable n'est pas, comme on l'a dit, absolument nécessaire pour que la contagion s'opère. Voilà pour la contagion immédiate, celle qui a lieu par le contrat immédiat d'une personne malade avec une qui est saine.

Ce que j'ai dit de la possibilité de conserver longtemps le virus peut faire supposer la contagion médiate, c'est-à-dire par des objets sur lesquels cet agent a été déposé depuis quelque temps : par exemple sur une pipe, sur le bord d'un verre. Fabrice de Hilden cite cette noble demoiselle de quinze ans qui, faisant le carnaval avec des seigneurs, changea d'habits avec un jeune homme et eut des ulcères aux parties génitales par le seul attouchement des culottes [1]. Un masque, les draps d'un vérolé, la lunette des lieux d'aisance, auraient servi, dit-on, aussi d'intermédiaire. Mais ces faits n'ont pas toute l'authenticité désirable, et s'ils étaient prouvés, ils seraient en faveur de la transmissibilité de l'accident secondaire. Les organes sexuels d'une femme pourraient servir, pour ainsi dire, de vase où l'on aurait puisé le virus. L'homme qui aurait commerce avec cette femme pourrait être infecté, tandis qu'elle-même ne le serait qu'après ou jamais. Ce mode de contagion a été indiqué de tout temps. On lit dans Astruc (tome II, page 16) : « Une femme vue par un homme gâté, si elle est vue peu de temps après par un homme sain, peut gâter celui-ci sans qu'elle-même ait été gâtée. » Hernandez viendra ensuite, avec ses imitateurs, se servir de ce fait et de cette hypothèse pour soutenir la doctrine qui n'admet que le chancre comme point de départ de la vérole. Ainsi, quand un homme prendra un chancre avec une femme qui n'a qu'une chaudepisse, on dira que cette femme avait un chancre larvé; si ce chancre n'est pas trouvé, on invoquera le virus récemment déposé dans les organes de la femme, virus que l'homme vient de ramasser, à son grand détriment, et au grand avantage de la femme, laquelle en sera débarrassée et n'aura pas la vérole! Toujours des suppositions venant à l'appui d'une supposition!

[1] Cent. 1, obs. 100.

Mode d'action; effets du virus. — Mais quelle est l'action du virus? Fernel avait déjà trouvé une réponse qu'on peut utiliser encore aujourd'hui : il avait dit que l'action du virus était comme celle de tout contact vénéneux; il produirait une espèce d'empoisonnement qu'il comparait à celui de la piqûre de l'aspic, à l'effet de la morsure du chien enragé, à l'absorption du virus varioleux. La chimie, le vitalisme pur, sont intervenus et ont fourni de nombreuses explications dont l'exposé n'aurait ici aucune utilité réelle. L'explication qui a eu le plus de faveur est celle de Hunter. Selon lui, le virus exerce sur les tissus vivants une irritation qui lui est propre et détermine une inflammation particulière, fournissant un produit spécial, le pus virulent. (Je reproduis ici les termes de la traduction française.) Ailleurs Hunter ajoute : La présence de l'inflammation n'est pas nécessaire pour que ce mode particulier d'action existe, car le poison continue à se former longtemps après que les signes de l'inflammation ont disparu. Outre l'action spécifique, le virus a, d'après Hunter, une action irritante; il pourrait alors produire des inflammations franches, et tous ses produits ne seraient pas contagieux. Cette dernière hypothèse, qui a été reproduite de nos jours, a singulièrement obscurci les questions qui se rattachent à la nature des bubons et de la blennorrhagie, et cela pour couvrir quelques déceptions des expérimentateurs.

Hunter admet l'absorption du virus, sans lésion aucune des surfaces d'application, c'est-à-dire sans ulcération, sans inflammation préalable, il admet ce que j'appelle l'*absorption physiologique*. Après avoir été absorbé, le virus passe dans le sang, se met en rapport avec tout l'organisme et peut produire un double empoisonnement : un aigu avec réaction locale sur le point contaminé et caractérisé par ce qu'on appelle *accident primitif;* l'autre chronique, plus profond, et selon M. Cazenave, pouvant être constamment augmenté par toutes les infections nouvelles, jusqu'à l'état de cachexie ; cet empoisonnement est caractérisé par les *accidents consécutifs.*

J'ai dit qu'on avait voulu réduire l'*accident primitif* au chancre; ce ne serait que par sa surface que le virus syphilitique pourrait être absorbé. Mais le chancre n'est pas indispensable à l'infection. En effet, comme je l'ai déjà avancé et comme l'enseigne Hunter, le virus appliqué sur certains points de la muqueuse peut arriver jusqu'au torrent circulatoire sans solution de continuité tégumentaire ; la muqueuse est imprégnée par lui, car l'absorption qui s'exerce irrésistiblement sur la plupart des agents toxiques à l'état liquide, et sur certains corps demi-solides, ne se ferme pas, sans doute, au virus syphilitique seul, surtout quand on voit le virus de la morve, celui de la variole passer

dans le sang par simple application sur des surfaces saines. L'*absorption physiologique* existe donc.

Une fois absorbé, le virus syphilitique peut sommeiller, rester un temps plus ou moins long à l'état inerte et demeurer une cause sans effet. Ce temps est le temps d'*incubation*. On appelle *vérole d'emblée* celle qui s'établit ainsi, sans l'intermédiaire d'aucun accident primitif. L'infection générale précéderait donc l'apparition des accidents qu'on appelle à tort locaux. C'est ainsi que la pustule vaccinale n'arrive qu'après une modification générale de l'organisme par le virus vaccin, comme l'a prouvé M. Bousquet. Quand je parlerai du chancre, je produirai les faits qui me sont personnels concordant avec ceux des syphiliographes qui ont traité cette question avec le plus de maturité. D'ailleurs l'analogie justifiait déjà l'incubation, car tous les virus ont pour caractères d'être contagieux, de sommeiller pendant quelque temps et de se reproduire ensuite ; ils restent ainsi, pendant quelque temps, des causes sans effet, ou du moins sans effet observable. M. Ricord nie l'*incubation* et la *vérole d'emblée*. Selon lui, il y a fatalement, tout d'abord, un effet local produit par le virus sur le point où il est appliqué. Dès que la lancette a mis le virus en rapport avec les tissus vivants, ce virus agit, et l'évolution de l'accident syphilitique primitif commence : il y a d'abord une rougeur comme celle d'une piqûre de puce, une papule s'élevant à peine au-dessus de la peau, puis la pustule ; enfin arrive le chancre, et cela sans interruption. Mais le procédé par lequel une plaie a été faite d'abord à la peau, par lequel cette peau a été plus ou moins irritée, le procédé qui met le pus en contact direct avec des tissus divisés n'est pas l'acte physiologique qui applique le virus sur une surface, qui exerce sur cette surface des espèces de frictions lesquelles peuvent favoriser l'absorption qui reste physiologique, comme les tissus restent intacts. On ne peut guère comparer l'inoculation au coït que quand il y a déchirure dans l'exercie de celui-ci : alors, en effet, il y a immédiatement un état pathologique ; il y a d'abord un travail local et la scène commence instantanément ; il n'y a pas incubation ; ou, si l'on veut, l'effet général ne précède pas l'effet local ; ils sont simultanés.

OBSERVATION.

L'observation des faits tels qu'ils se produisent naturellement, voilà la meilleure base de toute doctrine, de toute pratique ; mais l'observation, toujours difficile en pathologie, offre encore plus de difficultés quand il s'agit des faits relatifs à la syphilis. On n'obtient pas toujours des malades des renseignements véridiques, et il est des faits qui

échappent à l'observateur, soit parce qu'il n'a pas pu ou qu'il n'a pas su observer assez complétement. Voyons d'abord les causes d'erreur qui viennent des malades; nous dirons ensuite celles qui sont imputables à l'observateur.

Les malades cherchent à tromper ou ils se trompent. C'est surtout quand il s'agit de syphilis qu'on trouve le plus de mauvaise foi du côté des malades. On en conçoit facilement la raison. Mais on a singulièrement exagéré cette cause d'erreur, et les systèmes qui se trouvent compromis par le rapport du malade l'accusent trop facilement. En général, la mauvaise foi naît d'un intérêt quelconque, et ce n'est jamais pour le plaisir de tromper que les malades trompent. Or, les circonstances dans lesquelles ils ont intérêt à cacher la vérité ne sont pas très-nombreuses. C'est, ordinairement, quand ils se renvoient l'accusation d'avoir transmis le mal, ou bien quand la manière dont celui-ci a été contracté est considérée comme honteuse ou blesse l'amour-propre. Ainsi le rapport de la nourrice qui accuse son nourrisson de l'avoir infectée, le dire du vénérien qui se défendra d'avoir exercé le coït ou d'avoir eu d'autres rapports luxurieux, devront être acceptés avec beaucoup de circonspection. Cependant les malades de cette catégorie peuvent encore fournir des renseignements utiles, et, si on les interroge avec soin, à leur affirmation ils ajouteront l'exposé d'une série de phénomènes qui forment contrôle et conduisent ainsi quelquefois à la vérité. M. Castelnau, qui a fait un travail sur *l'observation et l'interprétation des faits en syphiliographie* [1], cite, en faveur de cette opinion, le fait suivant : Une grand'mère prit en sevrage son petit-fils, enfant chétif, qui avait une éruption de boutons sur tout le corps et des excoriations à la bouche; il mourut au bout de quelques semaines, et deux mois après sa mort, la grand'mère, ainsi que sa fille (tante de l'enfant), fut affectée d'une syphilis squammeuse [2]. Dans cette circonstance on n'eut d'autre garantie sur les antécédents que le témoignage des deux malades; cependant il ne paraît guère possible d'établir des doutes sur leur exactitude, attendu qu'il y a ici, outre les assertions des malades, la narration d'une série de phénomènes morbides qui se sont accomplis suivant un ordre naturel; et comme les malades, dit M. de Castelnau, ne pouvaient avoir connaissance de la manière dont il aurait fallu arranger les événements pour leur donner de la vraisemblance, il faut bien admettre que leurs assertions étaient l'expression de la vérité.

[1] Voyez le 1er cahier des *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*.

[2] Ce fait a été communiqué à l'auteur par M. Alph. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

Il y a quelquefois une autre raison pour croire à la fidélité des renseignements des malades, et cette raison existe dans le cas cité : c'est qu'on serait très-embarrassé pour comprendre les faits, si l'on supposait faux le récit des malades, et qu'on ne pourrait y substituer que des explications plus ou moins forcées. La seule que l'on puisse présenter dans le cas actuel, serait celle où l'on admettrait une infection primitive chez la tante de l'enfant (la grand'mère était âgée d'environ soixante et dix ans, il n'est guère possible de lui attribuer la première infection primitive) pour que cette supposition fût vraie. Il faudrait que la jeune fille eût infecté l'enfant ; que celui-ci eût communiqué des symptômes primitifs à sa grand'mère, sans qu'elle s'en fût aperçue (ce qui est d'autant plus difficile à croire que ces symptômes auraient dû se manifester sur des parties assez en évidence, telles que la bouche ou quelque autre partie de la face ou les mains) ; que l'enfant eût été assez promptement affecté par le virus pour qu'il eût succombé en moins de deux mois, et cela pendant que la grand'mère et sa fille se portaient encore très-bien ; qu'enfin, ces deux femmes, d'un âge si opposé, eussent été atteintes en même temps de symptômes constitutionnels, quoique l'époque de l'infection primitive dût être, dans l'hypothèse, nécessairement assez différente chez les deux. On voit combien de semblables explications seraient improbables, et combien il est plus naturel de croire au récit des malades, surtout quand on sait que ce récit est conforme à ce que beaucoup de médecins ont observé dans les cas où ils ont pu suivre pas à pas le développement de chaque phénomène [1].

Même, en approuvant la méfiance qu'on doit avoir pour les faits dont l'authenticité repose entièrement sur la moralité du malade, je suis loin de donner raison à ceux qui les rejettent tous, quelle que soit leur source, surtout quand ils sont contraires à leur système. Dans les circonstances les plus graves de la vie, dans celles où l'on a le plus grand besoin d'une certitude complète et évidente, ne voit-on pas cette certitude surgir de témoignages qui n'ont d'autre garantie que la moralité des témoins ? Pourquoi n'arriverait-on pas de même à une certitude scientifique ? Et n'y a-t-il pas des hommes dont la moralité est au-dessus de tout soupçon, et dont le témoignage équivaut à la démonstration la plus scientifique ? Quand Hourmann, dit M. de Castelnau, affirma qu'il ne pouvait avoir contracté la syphilis autrement qu'en remplissant ses devoirs de médecin, personne ne s'avisa de mettre en doute sa véracité, et si quelqu'un l'eût osé, il n'aurait provoqué, chez

[1] *Loc. cit.*

toutes les personnes qui ont connu cet homme vertueux, d'autre sentiment que celui d'une juste indignation. J'ai été le collègue d'Hourmann à l'Ourcine, et je ne puis que répéter les paroles de son élève. D'ailleurs on remarquera que les syphiliographes qui admettent le moins facilement les preuves morales, et qui mettent toutes les femmes en suspicion, ne se font pas faute d'invoquer la *chasteté* d'une épouse quand le système en éprouve le besoin.

Voyons maintenant les malades qui se trompent et n'ont aucun intérêt à tromper. Ici c'est comme pour l'observation des autres maladies dont quelques-unes même offrent plus d'écueils encore que la syphilis. On est obligé d'avoir recours au souvenir du malade pour les causes, pour les premiers phénomènes qui ont apparu, pour le début. Il est évident, d'après les résultats concordants de divers observateurs, que ces souvenirs peuvent conduire souvent à la vérité. Les moyens indirects, les moyens artificiels de fixer les souvenirs du malade, toutes les précautions enfin qu'on recommande dans les traités de pathologie générale bien faits, devront être mis en usage. D'ailleurs il est des malades dont l'intelligence est telle, qui ont un soin tel de leur personne, qui sont tellement observateurs enfin, que leur rapport mérite la plus grande confiance, au moins pour la constatation de certains faits. Ainsi on verra, quand il s'agira de l'incubation, qu'il est des malades capables de fournir les renseignements les plus précis sur ce fait. En définitive que faut-il établir ici ? Deux circonstances capitales : 1° l'époque précise du coït ; 2° l'époque de l'apparition des premiers symptômes. Une foule de malades peuvent très-bien constater ces circonstances. Il est vrai que ce ne sont pas les seules à noter. On devra tenir compte aussi de la fréquence habituelle du coït, car on pourrait attribuer à un rapport ce qui appartient à un autre. Il faudra s'informer s'il a existé une infection antérieure, si un excès quelconque a pu jeter dans l'économie une perturbation capable de troubler l'ordre naturel des phénomènes. Or, tout cela est non-seulement possible, mais quelquefois facile, et nous verrons, quand il s'agira de l'incubation du chancre, que certains malades ont pu, par leur rapport seul, fournir les éléments essentiels à la solution de cette importante question. D'ailleurs, encore ici, il est curieux de voir les mêmes systématiques qui refusent à un malade l'intelligence nécessaire à l'établissement d'un fait très-palpable, mais compromettant, trouver, plus tard, ce même malade très-capable de fournir des détails plus difficiles à constater, mais favorables à leur opinion. On pourra admirer cette contradiction au chapitre des syphilides. Ces affections de la peau sont, quelquefois, très-peu caractérisées. Or, on sait qu'il y

a un système qui veut que la syphilide arrive toujours après le chancre et avant l'exostose, qu'elle soit secondaire enfin. Eh bien! si dans l'interrogatoire le malade qui a eu ces trois accidents accuse la moindre apparence de syphilide à l'époque voulue par le système, il y a eu réellement syphilide, car le malade mérite toute confiance; alors il est intelligent et sa mémoire ne le trompe pas: mais, s'il place ailleurs la syphilide la mieux caractérisée, s'il ne la fait arriver qu'après l'exostose, oh alors, quels que soient la précision, le nombre des détails fournis, ce malade n'est pas intelligent, il manque de mémoire, il ne sait pas rendre compte de ce qui s'est passé sur sa peau; il se trompe sur la forme de l'éruption, même sur sa couleur, etc. On le voit donc, la confiance est retirée ou accordée au malade, non pas selon qu'il est plus ou moins intelligent, mais selon qu'il contrarie ou flatte un système. Ne vaudrait-il pas mieux alors se passer entièrement du témoignage du malade?

Mettons de côté toute exagération, et sachons distinguer le malade qui peut réellement nous renseigner de celui qui en est incapable. Ce ne sera donc pas au premier interrogatoire et toujours par des questions directes que nous pourrons juger son intelligence, mais après avoir, pour ainsi dire, fait connaissance avec lui et l'avoir interrogé par plusieurs procédés. Certains malades peuvent donc nous fournir des renseignements précieux pour obtenir la vérité. Mais l'observateur y arrive bien plus sûrement quand il peut assister, en quelque sorte, à la naissance de la maladie, la suivre dans toutes ses évolutions et noter tous les phénomènes qu'elle a pu offrir. Malheureusement tous les observateurs ne sentent pas la nécessité de recueillir jusqu'au moindre détail il en est qui se contentent de noter les phénomènes les plus saillants, ceux qui, selon eux, suffisent pour établir le fait. Il faut donc que le jeune praticien recueille tous les détails, les moindres phénomènes, car l'absence de l'un d'eux, même quand il ne serait pas essentiel, pourrait donner prise à la critique de ceux dont le système se trouve gêné par l'observation qu'il vient de recueillir et pourrait compromettre l'observation même auprès de certains esprits non prévenus.

L'ignorance et l'impéritie de l'observateur peuvent être admises; mais on les a supposées plus d'une fois injustement. Ainsi dans les questions soulevées par la blennorrhagie, il est de toute nécessité que les faits pour ou contre sa spécificité soient recueillis avec le plus grand soin; on ne devra négliger aucun procédé de diagnostic. Chez la femme, par exemple, non-seulement les parties extérieures de la génération seront explorées, non-seulement on devra avec le doigt presser d'arrière en avant l'urètre, découvrir le vagin avec le spéculum, l'explorer pendant qu'on introduit l'instrument, l'explorer encore quand

on le retire ; mais on devra, de plus, découvrir le col utérin, déterger son ouverture avec un pinceau, le tout pour constater s'il n'y a pas quelque chancre pouvant expliquer la spécificité des accidents syphilitiques à venir, ou bien pour établir la possibilité d'une vérole par inflammation d'une muqueuse, en l'absence de tout chancre. Il faut convenir ici que dans un temps on négligeait trop cet examen et qu'à notre époque même il n'est pas toujours fait d'une manière complète. Mais depuis que Hunter nous a si dûment avertis des causes d'erreur, quand il s'agit de l'observation de la blennorrhagie chez les femmes, depuis l'emploi si usuel, si fréquent, du spéculum, depuis surtout qu'on a su que le chancre pouvait se dérober à notre vue, on y regarde de beaucoup plus près, et les motifs de reproches aux observateurs s'amoindrissent tous les jours.

Pour me résumer, j'emprunterai les conclusions de la première partie du travail déjà cité de M. de Castelnau. Je dirai donc : 1° que les malades, sauf des cas tout à fait exceptionnels, ne cherchent à tromper que lorsqu'ils y sont poussés par l'intérêt, la honte ou la crainte ; 2° que les cas dans lesquels ces circonstances se rencontrent sont assez rares, eu égard au nombre d'individus affectés de syphilis ; 3° que les malades qui se trouvent dans ces circonstances peuvent encore fournir des renseignements dignes de foi, soit parce que leur témoignage est contrôlé par la narration conforme à l'ordre naturel d'une série de phénomènes pathologiques, soit parce qu'il n'est pas permis de suspecter leur moralité ; 4° qu'il y a des malades qui, par leur intelligence et par le soin qu'ils prennent de leur personne, peuvent fournir des détails précis et suffisants sur leurs maladies actuelles et antécédentes ; 5° que le médecin peut quelquefois être témoin de tous les actes morbides qui constituent la maladie qu'il étudie, et recueillir alors des faits à l'abri de tout soupçon légitime d'inexactitude, pourvu qu'il consacre à l'observation un soin et un temps suffisants [1].

L'observation est donc difficile et elle peut conduire à l'erreur ; mais il est encore plus difficile d'interpréter les faits et d'éviter l'erreur dans cette opération de l'esprit qui consiste cependant à extraire la vérité. Il est des faits dont les rapports sont si simples, si évidents, que leur exposition seule forme axiome. Mais il en est qui ne peuvent parler par eux-mêmes ; il faut que le raisonnement s'en empare pour leur donner une expression scientifique. Ici sont de graves difficultés, et si l'esprit manque de rectitude, s'il est prévenu, s'il est imbu d'un système, il marchera vers l'erreur. Dans cette opération il faut, avant

[1] *Annales des maladies de la peau et de la syphilis,* 1er cahier, p. 10.

tout, ne jamais perdre de vue les faits eux-mêmes et se garder de mettre à leur place des suppositions. Ainsi, dans la question de savoir si la blennorrhagie syphilitique peut être indépendante du chancre, on devra chercher de tout côté l'ulcération, la noter, en tenir compte dans l'interprétation quand on l'a découverte ; mais il ne faut jamais la supposer, parce qu'un système veut absolument qu'elle figure dans toute blennorrhagie syphilitique.

Il faut se garder aussi de rejeter certains faits ou de leur refuser l'importance qu'ils ont, en réalité, parce qu'ils sont contraires à ceux qu'on observe le plus généralement. Ces faits seront exceptionnels, si vous le voulez ; mais s'ils ont été bien constatés, rien ne pourra les détruire, car mille faits négatifs ne peuvent détruire un fait positif. C'est là un axiome consacré par la logique depuis que les hommes ont su raisonner. Est-ce qu'il faut plus d'un fait pour prouver que les plaies du cœur peuvent guérir ?

Ici se placent naturellement deux fragments des discours qui ont été prononcés à l'Académie de médecine. On verra ce que peut un système contre la logique et la vérité. M. Gibert, voulant montrer à quelles erreurs peut conduire l'interprétation des faits au point de vue d'un système étroit, s'écrie : « C'est ainsi que, pour restreindre au *chancre* la syphilis primitive, il faut *supposer* un chancre urétral dans certaines blennorrhagies, faire des *chancres* avec les *tubercules plats primitifs* ou pustules muqueuses, contester le *bubon d'emblée*, nier le caractère contagieux de certaines *végétations*, transformer en chancres certaines *ulcérations consécutives* des amygdales, de la bouche ou de la peau ; torturer et interpréter à sa guise les exemples d'apparition tardive des accidents *secondaires* de la syphilis, et les cas de transmission de quelques-uns de ces accidents, transmission qui s'est opérée plus d'une fois dans les rapports intimes et habituels qui s'établissent entre un mari et une femme, entre une nourrice et son nourrisson, entre celui-ci et les autres enfants qui cohabitent sous le même toit... Il faut enfin récuser le témoignage des observateurs les plus dignes de foi, accuser d'erreur ou de crédulité tous ceux qui ne veulent donner des faits cliniques que l'explication qui leur semble la plus simple et la plus légitime... En un mot, il faut choisir, tailler, racler, polir, réduire à une mesure tracée à l'avance tous les matériaux de la science pour qu'ils puissent entrer dans le fameux *carré* [1] sans en déranger les lignes régulières et surtout sans en altérer la solidité [2]. »

[1] L'orateur fait allusion ici à un confrère qui avait comparé le système de M. Ricord à un carré.

[2] *Gazette des hôpitaux*, séance du 22 septembre 1852.

Après M. Gibert je laisse parler M. Velpeau. On va voir où l'on peut être entraîné par un système qui tombe, même quand on se donne comme maître en exactitude clinique. « Notre collègue, dit M. Velpeau, « va même jusqu'à se faire de véritables illusions, au point de transfor- « mer quelquefois en fait ce qui n'est qu'une supposition. La preuve : « M. Richet est appelé en ville pour un enfant atteint de syphilis se- « condaire aux fesses, etc. Le père et la mère n'ont rien, la nourrice « non plus. L'embarras est grand. Comment cette vérole est-elle « venue ? qui accuser ? On allait y renoncer quand on apprit que l'un « des huit ou dix commis de la maison, et qui avait des chancres, pre- « nait souvent le petit par les fesses sur sa main à nu, et que, sans s'en « être aperçu, il avait porté du pus de ses chancres sur les organes de « l'enfant... Hé bien ! il y a là une petite difficulté. Le hasard a voulu « que j'aie su par M. Richet, médecin de la maison, que le commis « vérolé est une invention. On s'est dit : Sur dix commis il doit bien y « en avoir un de pris, et la syphilis sera venue par là. Mais voilà tout. « On n'a rien vérifié. Et puis c'est vous qui parlez de science exacte et « qui ne trouvez jamais assez de rigueur dans l'observation des autres. »

Dans un autre discours, M. Velpeau revient sur le même sujet, en ces termes : « De ce que j'ai montré à M. Ricord qu'un fait, le fait de « M. Richet, invoqué par lui est inexact, il veut faire croire que je nie « l'existence de ce fait ou que je n'en admets pas la possibilité. Je n'ai « pas été compris, à ce qu'il paraît, en parlant de ce fait, par notre « collègue. En le rappelant c'était le même point de vue qui me diri- « geait : je voulais montrer que vos faits étaient souvent dépourvus de « preuves et inexacts, et quelquefois même tout à fait contraires à la vé- « rité. A cette occasion, j'ai pris dans vos *Lettres* (p. 105) un exemple « que vous racontez en ces termes :

« Il s'agissait d'une petite fille d'un négociant de Paris..., et qui « était affectée d'ulcérations syphilitiques des régions ano-génitales ; « les parents étaient parfaitement sains, et la nourrice très-bien por- « tante, quoiqu'elle eût pu être soupçonnée ; on en était à se demander « d'où pouvait provenir la contagion lorsqu'on apprit qu'un commis de « la maison *actuellement malade*, avait l'habitude d'asseoir cette enfant « à nu sur ses mains souvent souillées, et qu'il n'avait pas toujours le « soin de se laver. *Sans cette découverte* comment aurait-on expliqué « la maladie de cette petite fille, si la nourrice avait présenté quelques « traces ou quelque suspicion de syphilis ? (Ce paragraphe est copié « des *Lettres* de M. Ricord.)

« Ainsi voilà qui est clair : un commis avait des chancres, ce commis « prenait l'enfant sur ses doigts à nu, et qui n'étaient pas propres. Une

« première difficulté que vous n'apercevez pas, c'est que ce commis, « qui avait des chancres, accidents primitifs, venait de donner à l'enfant « des plaques muqueuses, accidents secondaires, incapables, selon « vous, d'être produits par contagion; mais n'épiloguons pas, voici qui « est plus fort : le commis avec ses chancres, avec ses mains souillées, « avec ses caresses à l'enfant, tout cela est de pure invention. M. Richet, « qui vous avait fait appeler dans cette maison, dont il était le méde- « cin, m'a donné à ce sujet la note que voici : « Non, positivement « non; nous n'avons vu le commis, ni M. Ricord ni moi; nous avons « supposé, lui et moi, que ce *pourrait bien être* un commis qui, en « jouant avec la petite fille, avait donné la vérole aux parties génitales, « mais nous n'avons acquis aucune certitude à ce sujet.

« Voilà donc comment vous écrivez l'histoire, comment vous arran- « gez les faits [1]. »

Les difficultés de l'observation, les qualités d'esprit, la patience, le temps requis pour qu'elle soit complète, la droiture du jugement, l'intelligence nécessaire à une bonne interprétation des faits, les obscurités qui ne peuvent pas même être dissipées malgré tant de qualités réunies chez l'observateur, ont porté quelques syphiliographes à préférer l'expérimentation comme un procédé beaucoup plus simple, et à placer le fait expérimental au-dessus du fait clinique. Je vais donc parler de l'expérimentation.

EXPÉRIMENTATION.

On ne s'est pas borné à observer les faits naturellement produits, on a provoqué des manifestations syphilitiques par de petites opérations, par des expériences. L'expérimentation a surtout été introduite en syphiliographie par Hunter dans un but d'investigation. On a tenté ensuite d'en faire une doctrine, une pratique; on a abouti à un système. Pour ce qui est du système, j'ai déjà dit que ce n'était qu'une supposition. On a donc créé avec l'expérimentation une syphilis toute de

[1] J'ai entendu ces paroles sortant de la bouche de M. Velpeau, et je ne les ai reproduites qu'après les avoir relues dans le *Bulletin officiel de l'Académie de médecine*. J'ai même hésité à le faire, dans la crainte que mon intention fût mal comprise. On a pu se convaincre que, dans ce livre, il n'est jamais question des fautes de l'homme. Je ne vois et surtout je ne montre que les erreurs, et encore, je ne le fais que pour celles de l'esprit. Or, ce n'est pas la première fois que l'esprit, ne voyant que par l'optique d'un système, fait l'histoire d'une maladie qui n'a pas existé et d'un malade tout à fait absent de ce monde. Seulement, quand il peut vous arriver de pareils accidents, il faut éviter de se donner comme des modèles d'exactitude.

supposition. Cela devait être, car on n'a pas su distinguer l'expérimentation opérant dans l'ordre physique et l'expérimentation s'exerçant dans un ordre de faits moitié physiologiques, moitié pathologiques. Si la nature vivante avait l'uniformité de la nature morte, les déductions des expériences tentées sur elle seraient aussi sûres, aussi simples que celles des expériences tout à fait physiques, et leurs déductions seraient des lois qui constitueraient une méthode naturelle scientifique. Mais, comme dans les problèmes que nous avons à résoudre par l'expérimentation, entrent les forces de la vie, les idiosyncrasies et des phénomènes morbides souvent très-complexes, les résultats ne peuvent ressembler à ceux de l'expérimentation appelée à résoudre les problèmes de physique ou de chimie. D'ailleurs ces résultats n'ont pas le caractère de simplicité qui coupe court aux interprétations systématiques, aux arguties des hommes à idées préconçues. Tous les jours, en effet, les opinions les plus diverses sont émises sur les résultats d'une inoculation, car ce sont des états pathologiques qui peuvent être interprétés différemment. Ainsi pour quelques syphiliographes toutes les pustules qui sont produites par le pus qui n'est pas celui du chancre sont de fausses pustules et elles ne sont pas syphilitiques ; pour d'autres, ces pustules peuvent très-bien être syphilitiques. C'est surtout ici qu'il faut admirer la profonde sagesse qui dit : *Experimentia fallax*..... On se rappelle probablement ce que j'ai dit de Hernandez. En outre les procédés par lesquels on provoque les manifestations syphilitiques sont très-bornés. On verra bientôt que ceux de la nature sont très-variés. Qui peut dire, par exemple, combien il y a de modes de contagion ? Nos procédés enfin sont loin de ressembler à ceux que nous voulons imiter. Ainsi il y a une grande différence entre l'insertion du virus sous la peau par la lancette et la contagion par le coït. Les résultats doivent donc varier. On voit, en effet, que le pus du chancre porté dans nos tissus, quand il agit, donne toujours lieu à un chancre, tandis que par le coït c'est tantôt une blennorrhagie, tantôt une pustule plate, tantôt une végétation, tantôt un chancre. Certains accidents qui se transmettent par le coït ou d'autres rapports intimes ne sont pas transmissibles par les procédés artificiels, par l'inoculation.

Cependant je suis loin de rejeter les expériences comme moyen d'investigation ; je sais trop les services qu'elles peuvent rendre : mais, pour moi, elles n'ont une véritable valeur que quand leurs résultats concordent avec les faits de la pathologie naturelle bien observés. D'ailleurs notre époque étant à l'expérimentation, beaucoup de médecins n'ayant ni le temps ni le genre d'esprit nécessaires pour creuser les questions de syphiliographie par la clinique, par la philosophie, ont préféré les

démonstrations par la lancette. Mais les syphiliographes les plus éminents, forts de leur logique, des observations cliniques, et condamnant les expériences comme peu morales, raisonnaient beaucoup, raisonnaient très-juste et n'expérimentaient pas; ils ne se plaçaient pas dans leur époque, d'où leur peu de succès auprès de ceux qui ne savent comprendre quand on ne parle qu'à l'esprit. Heureusement d'autres syphiliographes, tout en faisant la plus grande part à l'observation, ne dédaignèrent pas l'expérimentation et pensèrent qu'en l'employant dans certaines limites, ils pourraient être utiles à la science sans enfreindre les lois de la morale bien interprétée. On expérimenta donc plus philosophiquement, c'est-à-dire sans perdre de vue l'observation; on ne se contenta plus de parler à l'esprit, on parla aux sens, et c'est surtout sur le terrain même de l'expérimentation qu'on attaqua, avec succès, les erreurs de l'expérimentation. Puis vinrent les syphilisateurs qui expérimentèrent à outrance. L'expérimentation sortit donc des mains de M. Ricord et de ses élèves; elle fut faite dans un autre esprit, elle fut plus variée, d'où des résultats que je ferai bientôt connaître.

Je ne parle pas des dangers de l'expérimentation, et déjà l'on a pu voir mon éloignement pour tout ce qui n'est pas directement scientifique. Les dangers que je dois signaler ici, car je fais un livre d'enseignement, sont d'un autre ordre. Je l'ai déjà dit ailleurs : rien de plus nuisible aux études, aux véritables progrès, que de revêtir des formes de la certitude et surtout d'appeler certitude des procédés d'exploration qui peuvent quelquefois conduire à la certitude, mais qui sont loin d'être infaillibles, surtout s'ils sont employés isolément, s'ils ne sont pas appuyés sur l'observation. On prépare ainsi des déceptions aux élèves, des regrets au praticien. Je pense donc qu'en parlant des *lois immuables de l'expérimentation*, M. Ricord commet une erreur et expose les élèves qui le prendront au mot à une foule de mécomptes. Il n'y a de lois immuables que celles qui ne sont pas faites : or ces lois sont de toute éternité; ce sont celles qui ont dissipé le chaos; les vôtres, celles que vous faites, le feraient renaître s'il pouvait renaître. D'ailleurs par l'expérimentation on produit des faits pathologiques dont l'interprétation est aussi difficile que celle des faits naturels; ce qui le prouve, ce sont les dissidences, les obscurités qui sont nées des dernières expériences entreprises dans un but de syphilisation et dont il va être parlé bientôt. Il n'y a de contrôle pour les résultats que d'autres expériences : ainsi un premier chancre ne peut être déclaré tel que quand il aura produit un second chancre, et celui-ci ne sera admis que par la production d'un troisième, ainsi de suite indéfiniment!

INOCULATION EN GÉNÉRAL.

Les expériences tentées dans le but de produire des formes syphilitiques ont surtout consisté en insertions du virus ou de l'humeur supposée virulente par le procédé usité pour la vaccination. La lancette a été chargée de la matière qu'on voulait mettre en rapport avec les tissus vivants, et elle a piqué la peau ; ou bien on s'est contenté d'un coup d'épingle. On a quelquefois pratiqué des incisions. On s'est borné parfois aussi à *ratisser* la peau, à la dépouiller de l'épiderme ; il a été pratiqué des scarifications ; quelquefois une partie malade a été fixée contre une partie saine. Ainsi Luna-Calderon ratissait la peau avant d'appliquer le pus virulent dans ses expériences de préservation syphilitique ; M. Auzias entame seulement l'épiderme des animaux avec des ciseaux courbes ; Wallace dénudait souvent la peau par un vésicatoire et pansait la plaie avec de la charpie imbibée du pus d'une pustule. Ce procédé a été suivi par M. Bouley qui a ainsi inoculé le pus d'une pustule et fait naître une seconde vérole chez une femme qui en avait eu déjà une complète. J'ai répété la même expérience avec le même succès. Waller a pratiqué des scarifications sur des sujets sains et a pansé les petites plaies avec du sang syphilitique ou du pus de pustules muqueuses, et dans les deux cas il a produit la vérole. M. Velpeau a fixé le prépuce sur un point du gland qui portait une végétation sur cette enveloppe. Les procédés peuvent varier encore, et cependant ils n'atteindront jamais la variété des procédés naturels et surtout ils ne pourront jamais les imiter complétement. C'est ce qui fait que les expériences échouent souvent.

D'ailleurs, pour le succès d'une inoculation, deux conditions sont indispensables : 1° une matière virulente ; 2° un organisme doué d'une certaine réceptivité pour le virus. Il faut une bonne graine et un terrain favorable à sa germination. Or ces deux conditions peuvent manquer, et rien n'indique d'avance d'une manière positive leur absence, ce qui fait que l'inoculation n'est pas infaillible, comme on a voulu le dire ; elle ne peut donc être qu'un procédé d'investigation, jamais un procédé pratique, et le système qui s'appuyait seulement sur elle devait crouler. M. Ricord a prétendu par l'inoculation, 1° distinguer des maladies qui étaient en apparence semblables ; 2° établir la différence entre les accidents primitifs et les consécutifs ; 3° éclairer la justice ; 4° fonder une classification, un système ; 5° en outre, ce médecin a voulu, par le même procédé, limiter la vérole à l'espèce humaine. Pour

cette œuvre grande, au double point de vue de la pratique et de la science, il fallait établir l'infaillibilité de l'inoculation, lui donner la valeur d'un réactif. M. Ricord a cru à cette infaillibilité et a osé proclamer l'*égalité de l'homme devant le chancre,* devant l'ulcération qui était, selon lui, la seule forme syphilitique inoculable. Or il a été prouvé qu'il y avait des chancres, de *véritables chancres,* qui ne contenaient pas la matière inoculable, tandis qu'il est de *véritables accidents consécutifs* qui s'inoculent; il a été démontré que *le pus le plus virulent* n'avait aucune action sur certaines individualités, qu'il y avait enfin des sujets qui pouvaient être réfractaires à toute infection syphilitique, et cela *accidentellement* ou *naturellement.* L'idée donc de donner à l'inoculation la valeur d'un réactif chimique et une idée des plus malheureuses. Au point de vue de la doctrine elle conduit à des déceptions, au point de vue de la pratique ordinaire à des désenchantements cruels, au point de vue de la médecine légale elle peut tromper la justice, ce qui est très-grave. Les véritables réactifs ont une valeur négative et une valeur positive. L'*infusum* de tournesol accuse un acide quand il rougit, et il fournit alors la certitude de son existence; s'il ne rougit pas, il donne la certitude de l'absence de l'acide. L'inoculation peut-elle faire ces deux réponses? Nullement. Il arrivera donc alors que si l'inoculation produit un résultat positif, vous direz à la justice : Oui, l'accusé est syphilitique, il est coupable; mais si l'inoculation ne produit rien, vous ne pouvez répondre : Non, cet homme n'est pas syphilitique, il est innocent; vous ne pourrez pas le dire, car il est prouvé que cet homme peut avoir le chancre le plus infectant de tous, lequel néanmoins ne saurait être inoculé dans certaines circonstances.

Je dois dire maintenant que j'ai fait une concession en acceptant les résultats positifs de l'inoculation comme témoignage ayant valeur devant la justice. Mais il importe d'ajouter que ces résultats positifs peuvent différemment être interprétés, puisque ce sont des faits pathologiques qui ne sont pas simples, qui peuvent avoir des caractères différents, car on sait maintenant qu'il n'est plus question de la *pustule caractéristique* comme premier effet de l'inoculation du chancre. Il n'y a jamais eu, en réalité, de pustule caractéristique, et il sera prouvé, quand je traiterai de la première période du chancre, que cette ulcération peut s'établir d'emblée, et que si elle est précédée d'une autre lésion, c'est tantôt une pustule, tantôt une vésicule, tantôt une bulle. Bien plus, quand on a montré des chancres sur le singe, M. Ricord a déclaré qu'il ne verrait là une forme syphilitique que quand les accidents consécutifs seraient survenus! On voit donc ce qu'est devenue

l'inoculation, même pour M. Ricord, puisque, selon lui, le diagnostic du chancre n'est fait que quand il a produit la vérole!

INOCULATION DES ANIMAUX.

Hunter, Turnbull, MM. Ricord, Cullerier, de Castelnau et d'autres expérimentateurs ont essayé vainement, disent-ils, d'inoculer la syphilis aux animaux, d'ou l'on a conclu que le *principe inoculable de la syphilis est particulier à l'homme et ne saurait se transmettre à la brute.* M. Ricord est celui qui a formulé et soutenu avec le plus de force cette proposition, s'appuyant sur les expériences de Hunter et les siennes, qui seraient, dit-il, très-nombreuses. Quant à l'opinion de Hunter et à ses expériences, voici ses paroles : « De quelque manière que le virus syphilitique ait pris naissance, il a certainement débuté dans l'espèce humaine, car nous ne connaissons aucun autre animal que l'homme qui puisse en être infecté. » Dans un autre passage, Hunter ajoute : « On ne connaît aucun autre animal que l'homme qui soit susceptible de l'irritation vénérienne; car des essais répétés ont démontré qu'il est impossible de la communiquer à un chien, à une chienne ou à un âne. » Puis Hunter fait une note ainsi conçue : « Il m'est arrivé souvent de tremper de la charpie dans le pus d'une gonorrhée, d'un chancre ou d'un bubon, et de l'introduire dans le vagin d'une chienne sans produire aucun effet. J'ai fait la même expérience sur des ânesses sans plus de résultat. J'ai placé inutilement aussi de la charpie imbibée du même pus sous le prépuce chez des chiens; j'ai même pratiqué des incisions afin de porter le pus au-dessous de la peau, et il n'en est résulté qu'une plaie ordinaire. J'ai fait aussi cette dernière expérience sur des ânes, et je n'ai rien pu obtenir.[1] »

Il est évident que ces expériences ne sont ni nombreuses ni très-variées, et que l'opération exprimée ici par Hunter n'est pas très-tranchée.

M. Ricord avance qu'il a tenté de très-nombreuses expériences. Je crois qu'on chercherait vainement une relation un peu détaillée de ces expériences. J'ai trouvé seulement dans les écrits de ce médecin les passages suivants : « J'ai tenté l'inoculation du pus syphilitique pris dans toutes les conditions possibles sur des chiens, des chats, sur des lapins, sur des cochons d'Inde, sur des pigeons qu'on avait dit être bientôt tués par l'absorption du virus vénérien. Dans aucun cas, et malgré la diversité des expériences, il n'a été possible de transmettre

[1] Hunter, traduction de Richelot, 1re édition.

la maladie. » On pourrait, sans se montrer trop difficile, exiger quelques détails de plus sur les procédés suivis afin de les comparer avec ceux qui aujourd'hui ont produit des résultats positifs, car on a inoculé l'animal avec succès. On pourrait encore, sans se montrer plus exigeant, demander s'il y a dans cet énoncé de quoi fonder une loi ou même une proposition sous une forme un peu absolue. D'ailleurs M. Ricord, avouant plus tard la possibilité de transmettre le chancre aux animaux, abroge lui-même cette loi et fait ainsi brèche à son édifice.

M. Cullerier s'est livré aussi à d'assez nombreuses expériences qu'il a eu soin de relater. Ces expériences ont même été faites, en partie, avec la coopération de M. Auzias, et M. Cullerier dit avoir échoué. Pour moi, je pense que mon honorable confrère n'a pas toujours échoué. Mais enfin ces expériences sont détaillées, publiées, on peut les juger. Presque toutes sont négatives.

M. Auzias lui-même a eu de nombreux mécomptes ; mais il a réussi dans certains cas, ainsi que MM. Langlebert et Diday. Les expériences de ce dernier médecin, celles de M. Robert de Weltz, ne laissent aucun doute sur la possibilité de transmettre à la brute le chancre, qui est, selon M. Ricord, toute la syphilis primitive. M. Langlebert, en décrivant ses expériences pour démontrer l'efficacité d'un préservatif, dit positivement : « Je me *ratissai* le bras gauche avec une lancette trempée dans le même pus et dont j'avais la veille essayé la virulence en inoculant un singe qui porte actuellement un *chancre parfaitement développé* [1]. J'ai vu moi-même, sur le bras de M. Robert de Weltz, un chancre bien caractérisé et qui avait été inoculé par M. Ricord, lequel avait puisé le pus à un chancre d'un singe. M. Robert s'était déjà inoculé un chancre dont le pus venait de la même source. Après ces résultats, M. Ricord présenta le courageux médecin allemand aux élèves qui suivaient son cours et déclara en leur présence « que les expériences de M. Auzias-Turenne avaient pleinement réussi et que les deux ulcérations dont il était porteur étaient de vrais chancres. » Ce sont là les paroles mêmes de M. Robert de Weltz [2]. M. Diday expérimenta aussi ; il inocula un chat, prit du pus du chancre de la seconde génération du même animal et le porta sur son prépuce ; il se donna ainsi un chancre phagédénique très-grave. Avec du pus du chancre de M. Diday, deux lapins furent inoculés à l'oreille et avec succès ; un de

[1] Lettre adressée à l'Académie de médecine, 22 juillet 1851.

[2] Voyez *De l'inoculation de la syphilis aux animaux* (extrait de la *Gazette médicale*, année 1850.)

ces derniers chancres s'indura [1]. Les expériences de M. Diday, qui sont très-détaillées dans le travail que je viens de citer, ne m'ont laissé aucun doute dans l'esprit. M. Melchior Robert, ancien interne de M. Ricord, a fait naître à volonté des chancres sur l'oreille des chats, avec du pus puisé à des chancres de l'homme. Puis, avec du pus recueilli sur l'animal même déjà inoculé, il a donné des chancres à un autre chat soumis aux mêmes expériences [2].

Voici le procédé de M. Auzias décrit par lui-même. Ce médecin choisit le pavillon de l'oreille en s'éloignant de la partie supérieure et de la partie postérieure de sa circonférence, qui ne sont pas assez pourvues de vitalité. « Mon lieu d'élection sur le pavillon de l'oreille lui-même est sa face mastoïdienne. Voici d'ailleurs les principales raisons qut fixent mon choix :

« 1° La partie est facile à manier ; 2° l'animal ne peut pas la lécher ; 3° il ne voit rien de ce que l'on fait et ne conçoit par conséquent aucune espèce de crainte ; 4° le tissu cellulaire de la partie mastoïdienne du pavillon de l'oreille étant lâche et séreux, on y perçoit facilement l'*induration*, qui prend là un caractère prononcé. L'*induration*, à mon sens, est la *règle*, et non pas l'*exception*. C'est un point sur lequel je me réserve de m'expliquer plus loin. Deux instruments suffisent à cette petite opération :

« 1° Une spatule, ou bien un instrument mousse quelconque pour ramasser le pus et le déposer sur l'endroit inoculé.

« 2° De petits ciseaux courbes sur le plat et pointus.

« Je préfère beaucoup ce dernier instrument à la lancette. La piqûre de la lancette provoque chez l'animal un mouvement brusque qu'il est important d'éviter pour la précision de l'opération et la sécurité de l'opérateur. L'animal, au contraire, ne paraît jamais sentir l'action des ciseaux, dont on est d'ailleurs toujours maître.

« Je fais maintenir l'animal, s'il est indocile, et je rase au besoin la place que j'ai choisie. Il est plus simple d'en exciser les poils avec les ciseaux courbes. Voici le procédé opératoire :

« 1° Je coupe avec la pointe des ciseaux l'épiderme dans l'étendue d'un millimètre. Plus l'incision est superficielle, pourvu que l'épiderme soit entamé, mieux l'opération réussit. S'il vient du sang, je considère le succès comme douteux et je fais une section dans un autre endroit. Quelquefois je fais plusieurs sections à une certaine distance les unes des autres.

[1] Voyez *Gazette médicale de Paris*, 27 décembre 1851.
[2] Voyez *Union médicale*, 30 novembre 1852.

« 2° Je dépose sur la portion dénudée du derme le pus chancreux simple ou délayé dans un peu de salive.

« 3° Je maintiens pendant une minute la partie humide, au moyen de pus chancreux ou d'un peu de salive; en même temps je frotte avec l'instrument mousse la périphérie du lieu.

« J'abandonne ensuite l'animal à lui-même.

« Je ne redoute jamais le mélange du pus avec de la salive chaque fois que celle-ci n'est pas assez abondante pour l'entraîner. L'essentiel est qu'une certaine humectation empêche les fluides de se coaguler et d'emprisonner le virus.

« Le lendemain de cette petite opération une *papule* se montre *sur place*. Le surlendemain apparaît une *vésicule;* celle-ci se convertit, au bout de vingt-quatre heures, en *pustule*. Ces phénomènes parfaitement réguliers mettent plus ou moins de temps à se produire. Enfin un chancre couvert d'une croûte est le terme de cette évolution. Ce chancre s'arrondit, se creuse et s'étend; un pus abondant et foncé en couleur soulève la croûte et l'épiderme, à une certaine distance de cette croûte. La peau voisine est chaude, rouge et tuméfiée. L'abondance du pus, qui tend et irrite les parties, sollicite l'animal à se gratter, et ce liquide se fait jour de temps en temps par les bords de la croûte, qu'il soulève et décolle. Dès qu'il s'en est écoulé une certaine quantité, les parties sont moins tendues. Les bords de la croûte se recollent, ou elle se reproduit de toutes pièces par la concrétion du pus, si elle a été entraînée. L'épiderme se rétracte, il se ride concentriquement au chancre, et se détache par pellicules. Le chancre suit ainsi son progrès pendant plusieurs jours, et la série de ces derniers phénomènes (je veux parler de ceux qui se sont montrés après la pustule) se répète plusieurs fois. L'ulcération s'arrête enfin, se rétrécit graduellement, et finit par disparaître sans avoir jamais perdu la physionomie ni aucun des attributs du chancre de la peau. »

M. Ricord a eu plusieurs opinions sur les résultats des inoculations des animaux, comme sur presque toutes les questions importantes de la syphilis. Ce médecin a d'abord nié les résultats, puis il les a admis et a proclamé en pleine clinique le succès de M. Auzias. Mais faisant bientôt un retour et trouvant la théorie de la transplantation toute faite par M. Cullerier, il s'en est emparé sans réclamation aucune de la part du véritable inventeur. Selon cette hypothèse, l'ulcération produite sur l'animal ne serait pas spécifique, c'est une plaie comme une autre dans laquelle le virus est seulement déposé; il est sur un terrain qui ne peut le faire germer; il germera quand il sera transplanté sur un autre terrain, sur celui que l'homme lui fournit. Je dois

dire que j'ai entendu moi-même M. Ricord abandonner cette théorie qui a fort égayé M. Malgaigne. Aujourd'hui, enfin, M. Ricord admet le chancre chez la brute, c'est-à-dire la syphilis primitive, mais non la syphilis consécutive. Ainsi donc, voilà une loi abrogée par le législateur lui-même.

Ici se place naturellement une partie d'un discours qui a été prononcé par M. Malgaigne à l'Académie de médecine dans la discussion sur la syphilisation, discours qui a été, comme on le dit, un événement.

M. Malgaigne a surtout produit une profonde sensation quand il a attaqué le système de M. Ricord. On savait l'amitié de vingt ans qui liait ces deux académiciens, on avait entendu plusieurs fois les éloges, bien mérités d'ailleurs, qu'ils s'adressaient mutuellement. On ne pouvait donc supposer en M. Malgaigne aucune pensée hostile, au con traire. Eh bien ! voici les paroles de cet éloquent professeur : « Bien des fois, s'écria-t-il, j'ai vu la doctrine de M. Ricord vigoureusement attaquée ; bien des fois ces attaques ont renouvelé mes doutes ; jamais je ne l'avais vu vaincu, forcé de battre en retraite, bien moins encore de capituler. Ce jour est enfin venu, messieurs. Un des points de la doctrine de M. Ricord, c'est que la syphilis appartient à l'homme tout entière, qu'on ne pouvait la faire passer aux animaux. Je ne reviendrai point sur les premières expériences de M. Auzias : on lui nia longtemps ses résultats ; moi-même je m'accuse d'avoir eu ma part de cette injustice. Je me disais d'ailleurs : Quand on donnerait des chancres aux singes, à quoi cela mènerait-il? Préoccupation fâcheuse, messieurs : un fait est un fait, dût-il demeurer à jamais inutile ; mais le plus souvent, cette inutilité apparente ne provient que de l'ignorance où nous sommes de ses rapports. Pour moi, je l'ai déjà dit, ce fait est désormais inattaquable. En écoutant le discours de M. Ricord, je n'ai pu trop démêler s'il l'admet ou s'il le rejette. (M. Ricord : Je l'admets.) Je suis donc très-heureux, reprend alors M. Malgaigne, de me trouver une fois de plus en accord avec lui. Mais s'il l'admet, n'aurait-il pu s'épargner ces agressions sarcastiques à l'aide desquelles il semblait lutter contre sa conviction actuelle, et éviter surtout de reproduire encore cette étrange théorie de la transplantation, qui ne le cède assurément pour l'excentricité à aucune des théories des syphilisateurs?

« Ce fait, si puéril en apparence, était une première brèche à l'édifice de M. Ricord. Pour la première fois il était vaincu, et, notez-le bien, c'est qu'il se trouvait attaqué cette fois par les mêmes armes qui lui avaient tant de fois servi à vaincre, avec l'expérimentation ! »

SYPHILISATION.

Je ne répéterai pas les déclamations contre la syphilisation. Je ne la défendrai pas. Je me bornerai à chercher si de tout ce mouvement, de toutes ces expériences auxquelles on s'est livré à l'occasion de la syphilisation, il n'est pas sorti quelques faits, quelque lumière dont la science puisse profiter.

Selon M. Auzias, « la *syphilisation* serait un état de l'organisme dans lequel celui-ci n'est plus apte à subir l'évolution de la syphilis par suite d'une sorte de saturation. » Pour le même expérimentateur, le mot « *syphilisme* indique l'aptitude à la syphilisation : on peut dire, par exemple, d'un individu, qu'il a d'autant plus de syphilisme qu'il est plus facile à syphiliser. » J'ai besoin de déclarer que je copie textuellement M. Auzias.

On produirait la syphilisation en inoculant un certain nombre de chancres, lesquels joueraient le rôle de la pustule du vaccin ; ils vaccineraient donc, c'est-à-dire qu'ils produiraient l'immunité syphilitique. Partant de cette hypothèse, on a donné des chancres à des individus sains dans un but prophylactique, pour les mettre à l'abri non-seulement de la syphilis primitive, mais de la syphilis constitutionnelle, pour leur donner enfin le privilége d'échapper à l'action du virus, à ses effets qu'on a appelés locaux et généraux. Puis les syphilisateurs ayant imaginé que « le virus syphilitique était le meilleur remède contre l'action du virus syphilitique, » ils ont proposé de syphiliser, c'est-à-dire d'inoculer des chancres dans un but thérapeutique pour guérir les syphilis primitive et constitutionnelle. La double application de la syphilisation a surtout été soutenue par MM. Auzias et Sperino [1]. M. Marchal s'est borné à préconiser la syphilisation curative.

M. Diday a inventé une autre vaccination. Croyant aussi à l'*unicité* de la syphilis, laquelle serait soumise à la même loi que la variole et la rougeole qui ne se reproduisent pas chez le même individu, le chirurgien de Lyon a inoculé non le chancre, mais le sang d'un sujet parvenu à la dernière période de la syphilis, pour que le vacciné arrivât, d'un premier coup, à la période ultime de la vérole, ou bien à un état constitutionnel qui ne permît plus aucune action syphilitique. Le premier système, celui de la vaccination par le chancre, a soulevé des passions, des orages dans les réunions savantes, dans la presse. Le second, celui

[1] *De la syphilisation.*

de la vaccination par le sang d'un tertiaire, a été considéré comme un rêve d'un esprit honnête, et l'on a passé outre [1].

Dans le XVI[e] siècle, surgit l'idée consolante de la disparition de la syphilis, soit par épuisement du virus, soit par saturation de l'espèce humaine. Ainsi, la syphilisation universelle que ce bon M. Auzias veut réaliser aujourd'hui, nous était annoncée depuis bien longtemps. On peut voir dans Astruc cette opinion souvent exprimée : « La maladie vénérienne, ayant eu un commencement, doit avoir une fin. » On sait qu'Astruc est partisan de l'origine moderne de la syphilis. Ce qui est considéré comme favorable à l'opinion de cet auteur, c'est que le temps adoucirait la vérole, laquelle serait aujourd'hui plus bénigne que jadis. Ses effets étant actuellement moins redoutables qu'à la fin du XV[e] siècle, on pouvait espérer son extinction complète. Mais, pour partager l'espérance et adopter l'hypothèse d'Astruc, il faudrait partager son erreur sur la date de la naissance de la vérole : en effet, si cette maladie est d'origine réellement ancienne, la question change, car elle n'aurait rien perdu de sa force en marchant vers nous ; elle se serait exaspérée, au contraire, à certaines époques, et elle aurait eu un violent paroxysme vers la fin du XV[e] siècle.

Après l'idée de la saturation universelle, est venue celle de la saturation de certains peuples, et j'établirai bientôt que l'homme peut être saturé généralement et partiellement. Swediaur est l'auteur moderne qui a le plus nettement exprimé l'idée de la saturation, de la syphilisation de certains peuples. Ainsi, selon lui, le virus importé dans un pays vierge de syphilis, quel que soit son climat, produit d'abord des effets très-violents sur la population, effets qui s'amoindrissent peu à peu, car la population se syphilise plus ou moins ; la maladie perd de sa violence. Mais, remarquez-le bien : si un peuple étranger envahit le pays en voie de syphilisation, il paie cher sa victoire. Ainsi on a vu le Portugal se syphiliser peu à peu par un long usage de la vérole, transmettre celle-ci avec toute sa violence aux Anglais envahisseurs.

Ces faits, vus de loin et, pour ainsi dire, à l'état brut, semblent favorables à la syphilisation moderne. Mais on se demandera, d'abord, s'il y a eu des pays vierges de syphilis. On tiendra compte, ensuite, des différences que peuvent apporter dans les manifestations syphilitiques le changement de climat, le changement de régime. Ainsi, une armée en pays étranger est toujours plus maltraitée par les maladies de ce pays que les naturels. On ne saurait croire le nombre des vérolés appartenant à l'invasion étrangère en 1815, et la gravité des symptômes qu'ils

[1] Voyez mes *Lettres sur les Inoculations syphilitiques*.

offrirent à Marseille, qui alors n'était pas du tout sur le point d'être syphilisée. Généralement, la population étrangère trouve moins de secours, elle sait moins se préserver, moins se traiter; d'où plus d'aggravation dans les symptômes, ce qui fait qu'on porte son attention sur les étrangers. Les indigènes, au contraire, se cachent plus facilement; le traitement suivi et le mal chez eux étant moins apparents, on en parle moins.

Cependant, je ne voudrais pas nier d'une manière absolue la syphilisation même d'un peuple, car l'analogie, à la vérité une analogie éloignée, permet de l'admettre. Il y a des faits de saturation de terrains qui peuvent être observés tous les jours : ainsi, un grain confié deux ans de suite à la même terre commence à dégénérer; si on ne change pas la semence, si on ne laisse pas reposer le terrain, les résultats sont hybrides et même nuls, car le grain ne germe même pas. Mais laissez la terre en repos, et, comme disent les agriculteurs, mettez-la en jachère pendant quelques années, et vous verrez que le même grain qu'elle semblait, pour ainsi dire, refuser, poussera mieux que jamais.

Il peut en être de même de l'organisme qui finit par être insensible à un poison auquel on l'aura habitué, et qui, une fois reposé, n'en sera pas moins empoisonné par le même agent. On voit donc que la saturation, considérée de la manière la plus générale, se présente avec des caractères qui ne sont ni définitifs ni absolus. Comme la terre qui se refuse à la germination d'une graine se montre favorable à la germination d'une autre graine, il ne serait pas impossible que l'organisme insensible à un virus ou à une qualité de virus, fût impressionné par une autre qualité. Ainsi, s'il y avait plusieurs virus, la question de la syphilisation serait bien autrement complexe, bien autrement obscure que dans l'hypothèse d'un seul virus, et elle l'est déjà bien assez comme cela.

Au lieu de déchaîner des orages contre les syphilisateurs, j'ai placé mon observation au point de vue de leur hypothèse pour juger froidement, philosophiquement. Eh bien! un fait bien réel pour moi, c'est la syphilisation dans une certaine sphère de l'organisme, la syphilisation locale, enfin. Ainsi, j'ai vu un chancre très-actif du sommet du gland, répandre le pus qu'il sécrétait sur le reste de cet organe, baigner tout le prépuce qui se prolongeait beaucoup, et cela sans inoculer aucun chancre sur ces parties. Ce même pus virulent souillait la verge, les bourses, qui résistaient à son action. Mais un jour apparut à la partie supérieure et interne de la cuisse, un chancre bien caractérisé fournissant un pus inoculable. C'est que l'extrémité de la verge s'était reposée

plusieurs fois sur cette partie de la cuisse. Ainsi, le même pus qui restait inerte sur les organes génitaux avait inoculé la cuisse. La sphère génitale était ici syphilisée, ou, si l'on veut, elle se trouvait sous l'influence d'une réaction vitale qui s'opposait à l'extension de l'ulcération du sommet du gland, qui s'opposait aussi à la production d'autres chancres. C'est la même force protectrice qui a empêché M. Sperino de prolonger la période ulcérative d'un chancre par des applications, durant six jours, d'un pus virulent sur ce chancre, parce qu'il était à la période de réparation. On est même forcé d'admettre, dans tous les cas, cette espèce de syphilisation locale, car, sans elle, le chancre ne reconnaîtrait aucune limite, il s'agrandirait indéfiniment. Plus cette syphilisation locale est prononcée, plus le chancre se limite. Le phagédénisme prouve l'absence dans une sphère étendue de la syphilisation. Mais n'allez pas croire, pour cela, à une syphilisation définitive. Ces mêmes parties, cette même sphère qui, chez le malade cité tantôt, n'a pu être inoculée par le pus du chancre du sommet du gland, l'a été, un mois après, à la suite d'un coït impur. Ce malade, en effet, sortit de l'hôpital guéri de son premier chancre ; mais, un mois après, à la suite d'un seul coït suspect, il revint avec trois chancres au prépuce, dont un était deux fois aussi large que l'ancien chancre du gland. Ainsi, voilà une partie d'abord réfractaire à l'action du virus continuellement en rapport avec elle, et qui, plus tard, se laisse envahir par plusieurs chancres et à la suite d'un seul contact passager ! On voit là une des meilleures preuves de la possibilité d'une syphilisation locale, mais, en même temps, une preuve du peu de durée de l'immunité produite par cette syphilisation. Ce fait prouve encore que les seconds chancres peuvent être plus nombreux, plus grands que les premiers, ce qui est contraire à la théorie de la décroissance successive de l'ulcération chancreuse à mesure qu'elle se reproduit.

La moitié du corps peut être syphilisée quand l'autre moitié se prend. Ainsi, chez un coiffeur dont il sera plusieurs fois question, des ulcérations profondes de la gorge, des pustules sur le cou, sur les épaules, avaient complétement disparu, quand les membres inférieurs se prirent, et quand celui du côté gauche devint le siége d'une des plus vastes ulcérations qu'on puisse observer.

Si ces faits de syphilisation locale avaient été connus par les expérimentateurs qui ont inoculé des sujets présentés comme syphilisés, ils auraient éloigné leur lancette de la sphère déjà inoculée, et auraient ainsi évité quelques mécomptes auxquels ils ont paru très-sensibles.

On comprend qu'en multipliant beaucoup les chancres dans plusieurs

régions, en rapprochant les syphilisations partielles, on puisse arriver à une syphilisation générale. Cet effet peut même être obtenu par des inoculations moins nombreuses et bornées à une seule ou deux régions : ainsi il est évident que M. Laval [1] a été complétement syphilisé par des inoculations pratiquées aux membres supérieurs.

Ceux qui ont suivi les discussions académiques sur la syphilisation savent que le fait de M. Laval a été diversement interprété. C'est ce jeune confrère qui a pour ainsi dire servi de terrain au grand duel entre M. Auzias et M. Ricord. Ce duel a eu pour témoins plus de deux cents personnes ; il a eu lieu enfin comme le veut toujours M. Ricord, *coram populo*, et cependant on ne sait pas encore quel a été le vainqueur ! Mais ce dont je suis parfaitement certain, c'est que M. Laval a été inoculé par notre honorable collègue M. Gosselin, et cela avec du pus qui faisait très-facilement naître des chancres sur une femme de l'Ourcine qu'on voulait traiter de la vérole par la syphilisation. Eh bien ! ce même pus restait impuissant, inerte, quand il était inséré dans la peau de M. Laval, et cela après trois inoculations. Ce fait, je le tiens de M. Gosselin même, et j'y crois comme si j'avais expérimenté, car outre ses lumières et son honorabilité, ce collègue ne peut pas être considéré comme prévenu en faveur de la syphilisation, puisqu'il n'est intervenu dans les débats que par la publicité qu'il a donnée à un fait tout à fait contraire à ce système. En effet, M. Gosselin a publié l'observation de cette même femme à laquelle il donnait des chancres, et il a constaté que sa vérole ne faisait que croître pendant ces inoculations.

On pourrait répondre que si le fait de la malade ayant la vérole n'est pas favorable à la syphilisation curatrice, le fait de M. Laval est très en faveur de la syphilisation prophylactique. Mais il faut distinguer l'immunité temporaire de l'immunité définitive. Ainsi, ce même confrère, M. Laval, qui a défié impunément la lancette de MM. Ricord, Gosselin et d'autres expérimentateurs encore, a fini, dans ces derniers temps, par être inoculé avec succès, du moins M. Ricord l'a déclaré en pleine Académie. Et ici je n'hésite pas à croire M. Ricord, car le fait qu'il a exprimé était dans mes prévisions. On se rappelle peut-être ce que j'ai dit de la saturation de la terre quand elle est plusieurs fois ensemencée avec le même grain ; elle ne donne alors que des produits hybrides et finit par se refuser à toute germination. Mais, après un certain temps de repos, cette même terre n'est que plus favorable au développement de la graine qu'elle avait laissée inerte dans son sein. Je crois donc que

[1] M. Laval, aujourd'hui docteur en médecine, a été syphilisé pendant qu'il était élève ; il a soutenu une thèse sur la syphilisation.

l'organisme de M. Laval avait été placé dans le même cas que la terre dont je viens de parler : à force d'être labouré par la lancette de M. Auzias, il n'a donné que des produits hybrides, des pustules avortant avec une facilité extrême et n'aboutissant pas au chancre ; puis plus rien. Mais, après un certain temps de repos, l'organisme de M. Laval est devenu comme celui de la plupart des hommes, c'est-à-dire apte à contracter des chancres. J'ai dit, comme la plupart des hommes et non comme tous, parce qu'il peut exister une immunité naturelle chez certains sujets, lesquels peuvent naître indemnes ou le devenir, ce qu arrive, comme on le sait, relativement aux autres virus.

Les faits relatifs aux sujets qui s'exposent fréquemment et avec impunité à la contagion syphilitique, ces faits sont connus de tous les praticiens, mais d'une manière vague. Je vais ici en préciser un qui m'a vivement impressionné dans le temps.

Un homme qui a joué un certain rôle pendant les révolutions de 1830, et de 1848 (il est connu de plusieurs confrères qui se sont mêlés aux débats sur la syphilisation), cet homme avait une constitution des plus belles, des plus robustes. Il était très-débauché et ne choisissait pas toujours les femmes avec lesquelles il avait des rapports. Jamais cependant il ne fut infecté, tandis que ses amis qui voyaient les mêmes femmes l'étaient fréquemment, car j'étais souvent appelé à les traiter. Informé de ce fait et connaissant bien cet *homme bronzé*, comme on l'appelait, je parvins à visiter deux marchandes de fleurs avec lesquelles il avait des rapports habituels et qui avaient infecté d'autres personnes. Ces deux femmes portaient des chancres. Je me bornai à ces preuves et crus à l'immunité chez cet homme. Cependant, comme il faisait bravade du pouvoir qu'il possédait d'affronter la vérole, quelqu'un lui dit qu'il se chargeait de la lui donner, s'il voulait se soumettre à une toute petite expérience, ce qu'il accepta avec empressement : deux inoculations lui furent faites aux bras avec un pus puisé à un chancre en progrès, et cela sans succès ; rien ne parut, rien.

Voilà donc une immunité naturelle qui ressemble à l'immunité qui a été produite chez M. Laval, et plus complète encore, car M. Laval n'a été soumis qu'à l'inoculation expérimentale, tandis que la personne en question s'est exposée de plus à l'inoculation physiologique, à la véritable contagion. Mais ce sujet peut, par le temps, par un changement dans sa constitution, ou par des circonstances que je ne puis apprécier ici, devenir vulnérable tout comme M. Laval.

Ainsi le fait de l'immunité temporaire établi par l'observation, par l'expérimentation, ce fait est considérable surtout pour les conséquences qu'il aura sur le système qui en syphiliographie se base sur l'inocula-

tion, car il prouve que le chancre ne s'inocule pas toujours, et qu'il ne constitue pas une affection locale; il efface donc cette loi qui rendait tous les hommes égaux devant le chancre, loi dictée par l'ignorance des principes de la vraie pathologie, car dans le fait de la contagion, elle n'admet qu'un élément, le virus, et supprime la prédisposition, c'est-à-dire l'état particulier de l'organisme de celui qui reçoit ce même virus. Ainsi, les hommes ne sont égaux devant rien, pas même devant le chancre.

Ici est la place d'un passage du discours que M. Malgaigne a prononcé à l'Académie de médecine qui s'occupait alors de la syphilisation. M. Malgaigne, entrant dans la question de l'immunité naturelle de certains organismes, ajoute : « Or, cette immunité, peut-on artificiellement la produire? La réponse désormais ne saurait plus être négative; et je suis surpris que les orateurs de la commission aient tous relégué dans l'ombre un fait aussi capital. Vous vous rappelez l'observation du malade de M. Marchal (de Calvi); il a présenté cet état réfractaire. Comme M. Ricord passe rapidement sur ce point! Le malade de M. Zelaschi, si souvent cité, avait acquis la même immunité; ni M. Ricord ni M. Bégin ne l'ont remarqué : il a fallu que le fait leur fût signalé par M. de Castelnau, qui cependant ne passera jamais pour favorable à la syphilisation. Et le fait de M. Laval? J'y viens dans un instant, messieurs; mais j'ai besoin de répondre à une objection préalable.

« Quand le fait serait bien démontré, qu'a-t-il donc, après tout, de si important? Ceux qui feraient cette question ne seraient pas bien au courant de la situation actuelle des doctrines de la syphilis. J'ai signalé brièvement quelques-unes des doctrines les plus importantes de M. Ricord; pour la plupart, elles touchent de près ou de loin à une base commune, c'est l'inoculation limitée au pus du chancre, mais aussi forcée pour le pus du chancre. Ici, point de circonlocutions, point d'ambages. *Le pus du chancre*, dit M. Ricord, *est fatalement inoculable.* La variole et le vaccin trouvent des réfractaires, le pus du chancre n'en connaît point. Et c'est ce qu'il exprimait admirablement par cette sorte d'aphorisme si énergique dans sa concision : *Tous les hommes sont égaux devant le chancre.* C'était, comme vous le voyez, une sorte de constitution politique qu'il imposait à la syphilis, c'était sa charte constitutionnelle.

« Or, voilà qu'un jour il est réveillé en sursaut par un fait révolutionnaire qui rompt tout à coup l'égalité promise, qui déchire la charte, qui soumet ses sujets à d'autres lois. Je comprends bien alors, messieurs, que le législateur ait fait résistance; je comprends toutes ses ardeurs belliqueuses; je comprends qu'il a voulu avoir sa bataille de Saltzbach,

et qu'à cette tribune il ait tenté, selon ses propres expressions, une *nouvelle campagne d'Italie*. Cette résistance n'avait pas, d'ailleurs, attendu la discussion actuelle pour se produire. Aux premières annonces de l'immunité menaçante, il protesta et l'amphitheâtre de l'hôpital du Midi retentit de ses défis, de ses appels. Du reste, digne et loyal, c'était à la vérification qu'il provoquait ses adversaires. « J'attends surtout, « s'écriait-il, qu'on me présente un individu syphilisé et réfractaire qui « vienne devant les cliniciens de l'hôpital du Midi ou devant l'Académie « *me défier en champ clos, avec des armes de mon choix!* » Cet appel fut lancé par l'*Union médicale* le 12 août. Le 22, M. Auzias accepte; le 23 septembre, M. Ricord déclare qu'il attend. Le rédacteur de l'*Union médicale* s'écrie : *Des faits, des faits!* plus de théories! Et puis, messieurs? et puis le 4 novembre M. Ricord annonce que les expériences sont commencées et que le résultat en sera communiqué au journal. Cherchez bien, jamais cette communication n'est venue. Huit jours après, M. Ricord présente M. L... à la Société de chirurgie, et le 18 novembre à l'Académie de médecine. Pas un mot des expériences. Le 20, M. Latour donne l'observation de M. L.., comme la *seule expérimentation* publique et authentique qui soit encore connue. Comme pour mieux faire ressortir ce silence, le 9 décembre, M. Marchal écrivait à la *Gazette des hôpitaux* que M. Laval s'était *présenté à M. Ricord, qui lui avait fait en deux fois sept piqûres avec trois pus différents, d'une virulence constatée, et cela sans résultat aucun*. M. Ricord ne répond rien; l'*Union médicale* ne souffle mot. Vous savez que le rapport de la commission a gardé pareillement le silence.

« Pour moi, messieurs, ce silence équivalait à une défaite; et cependant j'aurais encore préféré un franc et public aveu. C'est pourquoi j'ai provoqué des explications sur ce point. Il en est venu de plusieurs sources, je ne veux point m'y arrêter, je n'en veux croire ici que M. Ricord : Qu'il avait produit sur M. Laval *une pustule d'ecthyma assez caractéristique pour n'avoir pas besoin d'une contre-épreuve*, et que *les autres inoculations qui avaient échoué sur le syphilisé avaient aussi échoué sur les malades auxquels le pus avait été emprunté*. Pas d'autres détails. M. Ricord déclare qu'*il croirait manquer à sa dignité s'il en disait davantage*. Ceci ne me plaît pas, messieurs. Quel rapport y a-t-il entre la dignité de M. Ricord et les détails d'une expérience? Au total, et de son aveu, sur son terrain, *en champ clos, avec des armes de son choix*, il n'aurait réussi qu'une fois sur sept. Mais d'autres malades ont été pareillement réfractaires, ce qui prouve que le pus n'est pas bon. Qui aurait cru, messieurs, que M. Ricord, après un défi si solennel, dans son service immense, ayant le choix des armes, en serait réduit à nous dire

qu'il n'a pas su trouver le bon pus? Mais enfin, une inoculation a réussi. Réussi! quand vous n'avez pas fait la contre-épreuve, que vous-même, en toute occasion, vous déclarez indispensable, à savoir si le pus produit peut être réinoculé!

« Pour ce qui me concerne, messieurs, je regarde cette immunité acquise chez quelques sujets, comme avérée, démontrée, incontestable. Si M. Ricord élève des doutes, je me chargerai, moi, de lui fournir tous les éléments de conviction. Que la commission consente à assister aux expériences, je lui amènerai, j'y engage ma parole, un jeune homme qui se prétend syphilisé, qui porte défi à M. Ricord de produire chez lui un seul atome de plus inoculable. M. Ricord prendra ses précautions; s'il ne réussit pas une première fois, il recommencera; mon sujet se déclare prêt à se laisser faire *douze cents* inoculations, et davantage si l'on en veut davantage. Maintenant, personne ne niera, je l'espère, avant d'avoir vérifié.

« Voilà donc un fait capital qui sortira de cette discussion; et ne doutez pas que ce soit un fait considérable. Vous avez lu le beau livre de M. Ricord sur l'inoculation syphilitique; vous avez vu les résultats importants qu'il en avait obtenus pour le diagnostic, pour le pronostic, pour le traitement; vous vous rappellerez les belles applications qu'il en déduisait en médecine légale : tout cela est ébranlé, tout cela croule, dès que le chancre n'est plus *fatalement inoculable;* le diagnostic redevient incertain, le pronostic faillible, la thérapeutique douteuse, et surtout la médecine légale, à qui, en pareille matière, il faut des certitudes, oserait-elle compter comme autrefois sur les inoculations?

« Cela ne touche encore directement qu'à la syphilis primitive; il est à craindre que la doctrine n'ait à subir bientôt un autre échec touchant la syphilis constitutionnelle [1]. »

Cette partie du discours de M. Malgaigne a produit la plus grande sensation. M. Castelnau, qui, dans la *Gazette des hôpitaux,* avait chaudement soutenu M. Ricord aux prises avec les syphilisateurs, écrivit dans le même journal une lettre à M. Malgaigne dans laquelle on trouve ce passage qui renferme une opinion qui tend à se généraliser : « Oui, vous avez eu raison d'insister sur ce fait, que le pus chancreux ne s'inocule pas fatalement, même alors qu'il est contagieux; que certains individus lui sont réfractaires, soit *accidentellement,* soit d'*une manière absolue.* Oui, vous avez eu raison de proclamer hautement que c'était

[1] *Bulletin de l'Académie de médecine,* t. XVII, p. 1046.
M. Malgaigne fait allusion à la discussion qui eut lieu ensuite sur la transmissibilité des accidents secondaires et qui fut si fatale à la doctrine que l'orateur combattait.

là un fait capital qui *renversait* l'ingénieux échafaudage de votre illustre confrère M. Ricord. » (*Gazette des hôpitaux,* 26 août 1852.)

Plus tard, la syphilisation ayant encore été discutée à la Société de chirurgie, après un rapport sur le livre de M. Sperino, il fut reconnu par tous les membres de cette compagnie qui prirent la parole que le chancre ne s'inoculait pas fatalement (décembre 1853). Personne dans la Société n'osa dire le contraire.

Voilà ce qui est sorti de plus net, de plus clair des tentatives qui ont été faites dans le but d'édifier un système fantastique; elles ne pouvaient l'édifier, mais elles en ont renversé un autre qui était faux. Ce n'est pas la première fois que l'homme ne trouve pas ce qu'il cherche, mais qu'il trouve mieux encore. On sait très-bien que les alchimistes ont été utiles à la science et qu'ils n'ont pas trouvé ce qu'ils cherchaient.

D'ailleurs, pour justifier la syphilisation préventive, il faudrait commencer par établir l'*unicité* de la vérole et la nécessité pour l'organisme de subir cette intoxication ; il faudrait enfin que l'analogie entre la grande et la petite vérole fût complète. Or on verra, dans la *deuxième section* de ce livre, les preuves expérimentales et cliniques de la possibilité de plusieurs véroles, et l'on a pu déjà se convaincre de ce fait par ce que j'ai avancé sur la saturation temporaire de l'organisme, de la faculté qu'il a ensuite de se laisser envahir encore par la vérole. Ainsi, comme je l'ai déjà dit, celui qu'on voudrait syphiliser pourrait très-bien subir la vérole qu'on lui donnerait et celle qu'il pourrait avoir autrement. Quant à la fatalité de la vérole, elle est loin d'être établie. Il est prouvé, au contraire, que la moitié des personnes qui s'exposent le plus à la contagion y échappent; c'est ce qui a été observé chez les filles publiques par Parent-Duchâtelet. Il serait donc irrationnel et inhumain de donner d'une manière positive une maladie à un être pour le prémunir contre une maladie à laquelle il n'est pas fatalement condamné. Ainsi la syphilisation préventive n'a pas sa raison d'être.

Quant à la syphilisation curative, j'ai bien examiné les faits qu'on a invoqués en sa faveur, ceux avec lesquels on a voulu l'accabler, tous me paraissent insuffisants pour juger la question. Ainsi, M. Zelaschi traite un chancre phagédénique qui avait, dit-on, été exaspéré par la cautérisation. Il avait trente-six jours de date. Ce praticien fait dix-neuf inoculations, le chancre marche toujours. On le traite alors par une méthode plus rationnelle, et le chancre continue à faire des progrès. Survient une syphilide et des douleurs ostéocopes. M. Sperino, chirurgien distingué et plus habile en syphilisation, ordonne de recommencer les inoculations chancreuses. On en fait quarante-trois en huit jours. Le douzième jour, la syphilide s'arrête, les douleurs diminuent. Le

dix-septième jour, plus de douleur; le chancre commence à se cicatriser et en moins de deux mois la guérison est complète.

Ici l'observation de M. Zelaschi est présentée comme l'ont fait les partisans de la syphilisation. Eh bien! pour moi, il s'agit là d'un chancre qui s'est cicatrisé en deux mois, d'une syphilide qui s'est arrêtée, et de douleurs qui se sont calmées tout comme cela peut être observé en l'absence de tout traitement. Ce fait n'est pas *déplorable*, comme on l'a dit, mais il n'a rien d'*admirable*, comme peuvent le penser certains syphilisateurs.

Le fait de M. Marchal (de Calvi), relatif à un vieux syphilitique, lequel avait inutilement pris de l'iodure de potassium et du mercure, ce fait d'un tubercule ulcéré de la langue et qui est avantageusement modifié en quatre ou cinq jours pendant qu'on inoculait des chancres, me paraît plus digne d'attention. Mais cette attention et l'observation des cas de cures spontanées, même rapides, après la cessation de toute thérapeutique, devront amoindrir de beaucoup l'importance de ce fait. Il faut noter de plus, que la vérole de ce sujet n'a pas été guérie pour cela, qu'il y a eu récidive. On verra, dans le corps de l'ouvrage, l'observation remarquable d'un coiffeur qui avait une ulcération consécutive envahissant presque en entier la face externe du membre inférieur. Tout fut tenté pour arrêter, guérir cet ulcère qui était douloureux et très-affaiblissant. Je donnai les préparations mercurielles, iodées, ferrugineuses, l'huile de foie de morue, et divers topiques furent inutilement appliqués. On me proposa alors de syphiliser ce sujet. Je répondis qu'il s'était assez syphilisé lui-même et j'appliquai des bandelettes de sparadrap de Vigo sur les ulcères; je les imbriquai, comme on le fait pour le pansement *par occlusion*, et en moins d'un mois le malade fut guéri. On peut certainement attribuer ce beau résultat à l'absorption du mercure contenu dans l'emplâtre par une aussi large surface, et j'ai cru à cette action. Mais ne peut-on pas dire qu'ici l'heure de la réparation était sonnée, que l'organisme s'était mis à réagir efficacement, que la nature enfin a fait les frais de cette guérison? Si j'avais laissé syphiliser ce malade, il eût probablement guéri, peut-être un peu moins rapidement, mais enfin il eût pu guérir. Et alors!...

Ce que je viens de dire fait pressentir mon jugement sur les faits de syphilisation qu'on a appelés *déplorables*. Il est possible que ces faits aient été malheureux indépendamment de la syphilisation. Ainsi M. L... dont il sera souvent question dans ce livre, ce docteur allemand qui a été donné comme une victime de la syphilisation, avait pris une vérole par l'inoculation qu'il s'était faite avec un accident consécutif d'un de ses confrères. Il lui survint, après cette inoculation, une syphilide

papuleuse qu'il voulut traiter par l'inoculation successive de plusieurs variétés de pus chancreux. Il se donna ainsi une infinité de chancres. Sa vérole n'en marcha pas moins, ce qui serait probablement arrivé s'il ne s'était pas inoculé, et surtout s'il n'avait suivi aucun traitement.

Conclusion : Le fait de la syphilisation existe, il est prouvé par ce que je viens de dire, et le dernier ouvrage de M. Sperino le met dans l'évidence la plus complète. Mais ce fait ne peut avoir qu'une valeur théorique; il détruit une autre théorie qui a égaré les élèves et les praticiens. Mais la syphilisation, sortant de la théorie pour entrer dans la pratique, pour servir à la prophylaxie et à la thérapeutique, devient un contre-sens et un danger [1].

TRANSMISSIBILITÉ DES ACCIDENTS SECONDAIRES.

La question de la transmissibilité des accidents secondaires intéresse à un haut point l'hygiène privée, l'hygiène publique; elle est posée tous les jours par la pratique ordinaire et quelquefois par la justice. Au point de vue purement scientifique, cette question est une des plus grandes de l'étiologie.

Les premiers observateurs de la syphilis crurent qu'elle pouvait être transmise par tout ce qui était autour de l'homme et dans l'homme : ainsi l'air atmosphérique, toutes les émanations, le souffle humain, la sueur, les sécrétions naturelles ou morbides, le sang, tout enfin pouvait servir de véhicule au poison. La syphilis était donc considérée comme épidémique, de plus comme contagieuse par toutes les voies possibles. Avec de pareilles idées étiologiques on devait admettre comme des réalités des fables quelquefois ridicules : ainsi la vérole aurait pu être donnée à travers la grille d'un confessionnal, par le parfum d'un bouquet, et l'on sait qu'un ministre [2] fut mis à mort parce que, sachant qu'il avait la syphilis, il avait néanmoins osé parler à l'oreille du roi.

Les fables furent bientôt reconnues. Fernel les avait déjà caractérisées. Plus tard les erreurs furent attaquées, et de nos jours on en est venu à s'en prendre à la vérité. Non-seulement on a abandonné l'idée épidémique et les contagions fantastiques, mais on a voulu limiter la transmissibilité à une seule voie, on n'a admis qu'un seul véhicule du virus le plus chancreux. Ainsi non-seulement l'air atmosphérique, le

[1] Voyez la syphilisation étudiée comme méthode curative et comme moyen prophylactique des maladies vénériennes, par C. Sperino; Turin, 1853.

[2] Le cardinal de Wolsey, premier ministre de Henri VIII.

souffle humain, ne peuvent plus porter le virus, ce qui est très-vrai, mais ni le sang, ni les sécrétions morbides autres que le pus du chancre, ne pourraient transmettre la syphilis, ce qui est en question et non hors de doute, comme le croyait Hunter et comme l'ont professé les élèves de ce syphiliographe. Pour M. Ricord, qui a donné un caractère absolu aux idées du maître, on ne peut être infecté que par l'humeur chancreuse, laquelle seule porte le virus; celui-ci ne peut entrer dans l'économie que par un chancre, et il ne conserve la propriété de se transmettre que jusqu'au premier ganglion lymphatique en rapport direct avec la surface de l'ulcération primitive. Au delà du premier ganglion, le virus peut encore nuire à l'individu auquel il a été inoculé, faire naître chez lui des accidents, le couvrir de pustules, d'ulcères syphilitiques; mais il ne peut plus nuire aux autres, car il n'existe plus comme agent contagieux. De sorte que s'il ne restait dans le monde qu'un individu dont les chancres auraient été cicatrisés, mais qui serait cependant couvert de pustules, d'ulcères syphilitiques, qui serait enfin en pleine vérole, celle-ci mourrait avec lui, elle ne pourrait revivre par aucun de ceux qui auraient été mis dans les rapports les plus intimes, les plus répétés, les plus longtemps continués avec ce syphilitique! La syphilisation du monde serait complète! Voilà le dernier mot des élèves de Hunter.

Mais un fait grave, irrécusable, se dresse devant cet absolu : c'est le fait de l'infection de l'enfant dans le sein de sa mère, fait accepté par tous les syphiliographes. Il est parfaitement établi qu'une femme qui n'a ni chancre, ni bubon chancreux, mais qui a la syphilis comme l'individu qu'on disait ne plus être nuisible à personne, il est reconnu que cette femme peut cependant infecter sa progéniture, qu'elle peut mettre au monde des enfants syphilitiques, qui infecteront les nourrices, lesquelles transmettront le mal à leur famille. Il est même prouvé que le père sans aucun chancre, mais qui a la vérole, peut avoir une postérité syphilitique. Voilà donc la vérole, qui devait s'éteindre avec la cicatrisation du dernier des chancres, qui renaît cependant et recommence ses ravages. Le principe contagieux peut donc être ailleurs que dans le plus chancreux, ailleurs que dans l'ulcération primitive.

L'analogie ne pouvait manquer de s'emparer de ce fait universellement reconnu, elle devait nous forcer d'admettre que, puisque la cicatrisation du chancre étant opérée, l'organisme pouvait encore contenir un principe contagieux transmissible à un autre être, en multipliant les rapports, en variant les expériences, en puisant à diverses humeurs, on devait arriver à reproduire expérimentalement le fait de la transmissibilité de la vérole en dehors du chancre et sans la nécessité de son

produit. L'observation confirmant ici l'analogie avait déjà fait prévoir les résultats de l'expérimentation, et il faut le dire, à toute autre époque que la nôtre, elle aurait pu la rendre inutile, car les faits d'infection de la nourrice par le nouveau-né, lequel ne porte presque que des accidents secondaires, ces faits étaient extrêmement nombreux, et dans ces derniers temps MM. Diday, Bouchacourt, Bardinet de Limoges et d'autres encore ont publié des observations avec des détails d'une précision qui ne laisse plus de place au doute.

D'ailleurs la transmissibilité de la pustule plate par les rapports intimes est généralement admise. On peut consulter sur ce point MM. Lagneau, Baumès, Cazenave, Gibert et tous les hommes qui voient sans prévention. Pour peu que le cabinet d'un praticien soit fréquenté, il lui arrivera, s'il traite les deux conjoints, d'observer la pustule plate chez l'un et chez l'autre dans des conditions d'origine, de siége, d'isolement de tout autre symptôme, qui ne laissent plus de doute sur la contagion de cet accident. J'en appellerai d'ailleurs à M. Ricord lui-même. On verra qu'il admet la contagion des accidents secondaires du nourrisson à sa nourrice [1] et la contagion de la pustule plate chez l'adulte. Mais comme il le dit dans son *Traité des maladies vénériennes*, c'est par un *procédé vital insaisissable* [2]. Ce médecin n'admet que la contagion, c'est-à-dire l'inoculation physiologique ; il nie encore l'inoculation expérimentale, ce qui n'a aucune importance au point de vue pratique. D'ailleurs, comme c'est surtout de la contagion en elle-même qu'il s'agit ici, et non de tel ou tel procédé de contagion, on voit que la question est résolue dans mon sens par M. Ricord lui-même, ce qui fait que je suis toujours plus étonné des efforts d'imagination auxquels ce médecin se livre pour combattre aujourd'hui mon opinion.

Ainsi le fait clinique est reconnu par mes adversaires même, *l'accident secondaire se transmet*, puisque M. Ricord reconnaît la contagion de la pustule muqueuse, accident qu'il classe parmi ceux appelés secondaires. Restait à établir le fait expérimental, et c'était chose importante à une époque si éprise de l'expérimentation. Je ne saurais trop le répéter, pour les praticiens, pour les hommes dont l'esprit peut s'élever jusqu'à l'observation et à ses interprétations légitimes, le fait expérimental était parfaitement inutile à la question. Mais pour l'école, surtout au point où elle en était naguère, il fallait descendre dans la voie expérimentale. Je l'ai fait, et le premier, en France, j'ai réussi à inoculer la pustule d'ecthyma secondaire.

[1] Voyez dans ce volume la section des *Maladies des nouveau-nés*.
[2] Voyez page 152 du livre de M. Ricord.

Au seul énoncé de ce fait, et l'observation complète étant encore dans mes cartons, les attaques commencèrent, et elles furent dirigées principalement sur l'observateur. Je compris alors la position qu'on voulait me faire; je laissai couler longtemps en silence une prose peu scientifique, sachant où elle tomberait tôt ou tard, et je continuai à observer, à expérimenter. Pendant ce temps les hommes indépendants dont l'attention avait été éveillée observaient et expérimentaient aussi: ils furent poursuivis, comme moi, par la même prose. On pourra voir, en effet, dans le corps de cet ouvrage, des observations faites à Paris, en Allemagne, observations très-authentiques qui concordent tout à fait avec les miennes. Ces observations furent la base d'un travail dont je donnai lecture à la Société de chirurgie. Je provoquai ainsi une discussion dans le sein de cette Société. Plus tard on présenta à l'Académie de médecine, un docteur allemand qui s'était inoculé un accident consécutif, d'où une autre discussion qui, pour tout homme indépendant, a été une condamnation des doctrines que je combats.

On a objecté le petit nombre de faits qui prouvaient expérimentalement la transmissibilité de l'accident secondaire. On a même dit, que si cet accident s'inoculait une fois, il pourrait s'inoculer toujours. D'abord il n'est pas exact de dire que les faits d'inoculation sont rares. On aura une conviction contraire après la lecture des leçons de Wallace reproduites dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, et quand on aura parcouru ce livre. Ces faits seraient-ils rares, et, comme on a été obligé d'en convenir dans ces derniers temps, ne seraient-ils qu'exceptionnels, qu'ils conserveraient leur valeur grande dans la question. On sait, en effet, que tous les faits négatifs possibles ne peuvent détruire un seul fait positif. M. Diday, que M. Ricord s'obstine à citer comme partisan de sa doctrine, M. Diday rapportant les expériences par lesquelles Wallace a prouvé la transmissibilité de l'accident secondaire, dit : « Ces observations sont peu nombreuses, il est vrai; mais, comme faits positifs, elles n'ont pas besoin de l'être davantage pour ébranler une sécurité qui repose sur des faits négatifs [1]. » M. Ricord, qui avait prétendu, à la Société de chirurgie, que si l'accident secondaire s'inoculait une fois, il s'inoculerait toujours, n'a plus reproduit cet argument à l'Académie de médecine, parce que, dans le temps qui s'est écoulé entre les deux discussions, il lui a été fait une réponse expérimentale, après laquelle il n'y a qu'à garder le silence sur ce point. Il a été prouvé, ce que je savais

[1] *Gazette médicale*, 6 octobre 1849. C'est aussi M. Diday qui a publié le fait le plus concluant d'inoculation du chancre à la brute, ce qui n'était pas admis par M. Ricord.

l'ailleurs, que le chancre inoculé par le meilleur procédé, par le meilleur expérimentateur, ne se reproduisait pas toujours. Donc, le chancre ne peut se transmettre que dans certaines conditions. Eh bien! il doit en être de même de l'accident secondaire. Seulement, comme les principales conditions favorables au succès de l'inoculation du chancre sont connues (vu le grand nombre d'expériences qui ont déjà été faites dans ce sens), tandis que l'accident secondaire ayant moins été étudié à ce point de vue, ses conditions d'inoculabilité sont presque inconnues, on réussit moins souvent quand on veut l'inoculer. Cependant on peut dire déjà que l'accident secondaire, qui doit surtout être inoculable, est celui qui est purulent; or cet accident, représenté par l'ecthyma, est rare. Cette espèce de syphilide est composée de plusieurs variétés : une hâtive nombreuse, c'est une éruption qui s'opère quelquefois peu de temps après la cicatrisation du chancre ; il arrive qu'elle se répand sur la peau comme une varicèle; les pustules ont une croûte peu épaisse qui, en tombant, ne laisse point d'ulcération, ou bien celle-ci est superficielle. Je puis presque avancer que cette variété est plus facilement inoculable que la variété tardive survenant à l'époque où les os se prennent : le nombre des pustules est alors très-limité, on les observe aux membres, aux jambes surtout; elles sont d'ailleurs très-volumineuses, et leur croûte épaisse laisse en tombant une profonde ulcération. Ces pustules étant plus tardives doivent s'inoculer moins facilement. Ce fait a été noté dès qu'on a commencé à observer la syphilis. Ainsi à la fin du XVIe siècle, Hercule Saxania établit dans son livre[1] que la vérole ancienne et confirmée était moins contagieuse que la maladie récente ou peu invétérée. Quoi qu'il en soit, les conditions voulues pour que l'accident secondaire s'inocule étant presque complétement ignorées, ceux de ces accidents qu'on a pu inoculer avec succès étant rares et les expériences étant entreprises depuis peu, tandis que le contraire existe pour le chancre, il n'y a pas lieu de faire un argument du nombre des succès obtenus en expérimentant les accidents soit primitifs, soit consécutifs.

D'ailleurs, on n'a pas assez varié les procédés. Je suis persuadé que certaines lésions non syphilitiques, qu'on considère comme ne pouvant être inoculées, finiraient par l'être si l'on saisissait l'instant où elles contiennent la matière inoculable, Ainsi, jusqu'à présent, quand on a voulu inoculer le cancer, on a pris sur les ulcères de l'ichor ou bien des détritus de la matière cancéreuse. Mais est-ce bien ce qu'il fallait inoculer? N'est-ce pas plutôt la cellule à certaine période, à un âge peu avancé qu'il

[1] *De Lue venerea.*

fallait transplanter? Ce qui me porterait à penser que c'est surtout cet élément qu'il faut saisir, c'est le succès obtenu par Langenbeck. Cet expérimentateur a pris des cellules fraîches provenant d'un cancer encore chaud enlevé de l'humérus, et les a introduites dans les vaisseaux sanguins d'un chien. Il est parvenu ainsi à faire naître des tumeurs cancéreuses dans les poumons de cet animal [1].

Pour en revenir à l'accident syphilitique consécutif, je dirai qu'en France il n'avait guère été inoculé que par le procédé ordinairement employé pour le chancre, c'est-à-dire qu'on avait employé la lancette comme s'il s'agissait de la vaccination. Or on sait que le mode d'application de la cause peut avoir une grande influence sur les effets. J'ai déjà prouvé que pour l'inoculation du chancre aux animaux, le procédé ordinaire ne suffisait pas, puisque M. Auzias a été obligé d'en employer un autre que j'ai déjà décrit. En dehors même de l'inoculation de la syphilis, on trouve des substances qui restent inertes par l'inoculation ordinaire, et qui produisent des résultats très-marqués par un autre mode d'application. La pommade stibiée est dans ce cas : je l'ai inoculée sans succès, tandis qu'en frictions elle produit des pustules. La pustule plate, qui se transmet si bien par le coït longtemps continué, répété, et par l'allaitement, n'est pas inoculable par une simple piqûre de lancette. Mais, si on applique préalablement un vésicatoire et si l'on panse la peau dénudée avec la charpie imbibée du pus de la pustule, enfin si le procédé de Wallace est suivi comme M. Bouley l'a fait, comme je l'ai répété, l'inoculation réussit alors. Il est probable aussi qu'une simple piqûre avec une lancette imbibée d'un sang syphilitique ne produirait pas de résultats positifs. Mais si, comme l'a fait Waller (de Prague), on scarifie la peau, si l'on introduit avec un instrument particulier du sang infecté dans chaque petite incision, et si le tout est recouvert avec ce même sang, on a de fortes chances de réussir comme Waller.

Après les arguments que je viens de produire et de combattre, on en est venu à d'autres qui devenaient de moins en moins scientifiques, et cela à mesure que nos adversaires perdaient du terrain. D'abord les observations laissaient à désirer comme authenticité; le diagnostic de l'accident inoculé n'avait pas été bien fait; au lieu de puiser à un accident consécutif, on avait puisé à un chancre; puis des allusions, tantôt à la crédulité, tantôt à la mauvaise foi des observateurs, etc. Toutes les causes perdues en viennent là. Pour ce qui est des expérimentateurs, je citerai Wallace, Waller, ayant été à la tête d'un grand service vénérien; MM. Bouley et Richet, ayant expérimenté à l'Ourcine,

[1] Voyez l'*Encyclopédie anatomique*, t. XI, page 279.

et M. Cazenave, l'auteur du *Traité des syphilides*, ayant expérimenté à Saint-Louis. Les élèves qui ont recueilli les observations à Paris, et dont je me rappelle les noms, sont MM. Pellagot, Schneph, Lafargue, Piberet, Rossen, Codet, Dubreuil, Duménil, tous internes distingués.

Maintenant je supplie les médecins qui ont pris au sérieux cette question, et qui voudraient enfin conclure, je les supplie de lire mes observations, celles des internes cités, et celles de mes confrères adhérents qui toutes prouvent la transmissibilité de la vérole autrement que par le pus chancreux (ces observations sont surtout au chapitre des plaques muqueuses, au chapitre des syphilides et quand il s'agit de l'exostose); après cette lecture ils devront consulter les faits dont la prétention est de prouver le contraire (on les trouvera dans le *Traité des maladies vénériennes* de M. Ricord) alors, après avoir pesé les observations des deux côtés, on verra où sont les conditions qui constituent l'authenticité. On sera frappé de deux choses en lisant le livre cité : d'abord du petit nombre d'expériences qui ont été faites, du décousu, puis de l'absence de détails; enfin du peu de temps que les malades sont restés sous l'observation après l'expérience. Or, il est à tout instant question de *très-nombreuses* expériences négatives, absolument comme quand il s'agissait de l'inoculation des brutes! Eh bien! allez aux sources, comparez, et vous verrez quel chiffre on peut vous offrir! Il est bien entendu qu'il est question ici des sources authentiques, des livres, des écrits et non des conversations privées. Ainsi quant aux observations qu'on nous oppose, M. Velpeau l'a déjà prouvé dans un discours qui restera comme une critique des plus écrasantes; elles ont été réduites à l'état de simples assertions, n'ayant pas toujours un caractère sérieux. Waller, de son côté, n'a pas manqué de faire remarquer le peu de temps qu'on a mis à observer les sujets auxquels on avait inoculé l'accident secondaire; car l'incubation étant quelquefois très-prolongée, comme on le voit dans les observations de Wallace et du médecin de Prague, il est possible que M. Ricord ait considéré comme des cas d'insuccès quelques-uns de ceux dans lesquels il aurait réellement inoculé l'accident secondaire. M. Ricord, en ce cas, n'aurait pas été le seul à réussir sans le savoir. On n'a qu'à parcourir les ouvrages de ce médecin pour s'en convaincre. M. G. Blackman dit, dans la traduction de la première édition de ce livre qu'on pourrait prouver à M. Ricord qu'il admet la transmissibilité des accidents secondaires, et cela dans son *Traité de l'inoculation*, dans ses *Lettres sur la Syphilis*, dans ses notes à Hunter [1].

[1] Voyez *A Treatise on venereal Diseases by Vidal* (de Cassis) *translated by G. Blackman*, p. 56.

On a pu voir que je n'ai pas été absolu, quand j'ai parlé de l'incubation de l'accident secondaire, car elle peut manquer, ou bien il survient d'abord une petite pustule qui avorte, et quelque temps après la véritable pustule se produit. Il semble alors que la première pustule n'est qu'un effet traumatique ou d'irritation, tandis que l'autre est un effet spécifique.

D'ailleurs M. Ricord, depuis que j'ai soulevé cette question de la transmissibilité des accidents secondaires, n'a guère examiné sérieusement les observations, il les a rejetées sans examen, et ici les observateurs n'ont pas dû être blessés du procédé de ce confrère, car il en ferait autant pour celles de ses élèves et pour les siennes. M. Malgaigne a dit en pleine tribune, dans la discussion sur les tubercules du testicule : M. Ricord a commencé par rejeter les observations de ses confrères, il en a fait autant pour celles de ses élèves, recueillies sous ses yeux, et pour les siennes quand elles venaient à le contrarier[1]. Comme on le pense bien, si M. Ricord traite ainsi l'observation quand il s'agit de tubercules testiculaires, que doit-il faire quand il s'agit d'observations compromettantes pour son système! Aussi écoutez les discours, lisez les écrits de M. Ricord répondant aux raisonnements, aux faits que je produisais, répondant à tous les orateurs de l'Académie qui venaient à la tribune les mains pleines d'observations; cette réponse est toujours la même, c'est tout simplement ce qu'on appelle une pétition de principe; car M. Ricord, supposant démontré ce qui est précisément en question, et son opinion étant sur ce point inébranlable, répond par la question, c'est-à-dire par son opinion. Tous ces discours, enfin, peuvent se résumer par ces mots : *le chancre seul est inoculable*. Or c'est précisément ce qu'on mettait en question, c'était le contraire qu'on venait prouver par les faits. Ce vice de raisonnement n'est pas né d'aujourd'hui chez M. Ricord, car il y a longtemps qu'on le lui signale, et cela dans de bonnes intentions. Ainsi on verra, dans une thèse, M. Hélot, ancien interne de l'hôpital du Midi, dire : « Mon cher maître, vous avez établi la valeur de l'inoculation sur une pétition de principe. D'ailleurs il en est à peu près de même de tous les systéma-

[1] Voici les paroles mêmes de l'orateur. On remarquera que M. Malgaigne est l'ami de M. Ricord, et que c'est dans un journal ami qu'elles sont copiées. « M. Ricord, possesseur d'un théâtre d'observation le plus vaste qu'on puisse désirer, a commencé par mettre de côté les observations des autres; puis, sa doctrine faite, il en est venu à mépriser les observations de ses élèves recueillies sous ses yeux, dans son propre service, et enfin, le dirai-je, à ne tenir nul compte de ses observations à lui-même quand elles venaient à le contrarier. » On lit cela dans l'*Union médicale*, 30 août 1851.

tiques. Aussi n'est-ce pas pour eux que j'écris : j'écris pour ceux qui veulent encore examiner, et je crois leur avoir fourni dans ce livre des éléments de conviction que j'ai puisés à trois sources, l'analogie, l'observation et l'expérimentation. Depuis la publication de la première édition, ce livre a été couronné par le premier corps savant de France. L'Institut m'a accordé une récompense de deux mille francs pour avoir contribué à établir la transmissibilité des *accidents secondaires* de la syphilis. Ainsi l'Institut et l'Académie de médecine se sont trouvés ici unanimes. Les livres classiques les plus estimés se sont prononcés. Dans la traduction anglaise de mon livre, M. Blackman a dressé la liste des partisans de la transmissibilité des accidents secondaires. Cette liste est très-remarquable par le nombre et la haute position des adhérents. (Voyez cette traduction, *loc. cit.*) Les journaux français et étrangers qui se sont occupés de mon livre, l'ont soutenu et ont approuvé mes opinions. La *Gazette médicale*[1] en rendant compte de la séance de l'Institut pour la distribution des prix dit : « Les maladies syphilitiques ont eu l'honneur d'obtenir dans le rapport un chapitre à part. En effet, elles ont fait beaucoup de bruit dans ces dernières années, principalement à l'endroit de la transmissibilité des accidents secondaires et des formes que peuvent revêtir les accidents tertiaires. Relativement au premier point de vue, M. Vidal s'est distingué par la fermeté de ses convictions et la précision des faits qu'il a rapportés pour les établir. C'est un pas dans l'histoire phénoménale de la maladie. Il ne manque plus à ce chapitre que d'y joindre la détermination des conditions qui décident la transmissibilité des accidents syphilitiques secondaires de la part de celui qui les donne et de la part de celui qui les reçoit. » J'ai cité ce passsage d'abord pour m'appuyer de l'opinion de M. J. Guérin, à laquelle je dois tenir pour beaucoup de raisons, et surtout pour reproduire le vrai programme des travaux à entreprendre. Il s'agit en effet de déterminer les conditions de transmissibilité.

DOCTRINES.

Les syphiliographes qui aujourd'hui sont considérés comme partisans des anciennes doctrines et ceux qui se flattent d'en avoir une nouvelle admettent le virus, et sont en réalité les uns et les autres élèves plus ou moins directs de Fernel. Seulement, les derniers se croient obligés à un déguisement moderne, tandis que les autres croient pouvoir s'en passer, ne courant point après la popularité. Les Broussaisiens

[1] *Gaz. médic.* du 13 février 1854.

seuls avaient déserté l'école de Fernel, et il n'y a actuellement plus de Broussaisiens.

Je me suis cru dans la nécessité de faire ce petit paragraphe, tellement le mot *doctrine* est altéré ou incompris. Ainsi, on appelle doctrine un fait, une pratique et même une erreur, quelquefois sans originalité. D'où il résulte que chacun peut avoir sa doctrine, car qui n'est pas capable d'une petite erreur? Une doctrine médicale, il faut que je le dise aux élèves, a sa base dans l'étiologie qui régit tous les faits. Or, en syphiliographie, il n'y a jamais eu que deux doctrines sérieuses, celle qui admet le virus, celle qui le nie. Il n'y a eu que deux grands chefs d'école, Fernel et Broussais.

La doctrine qui admet le poison, le fait pénétrer dans l'économie où il agit d'une manière spéciale sur les liquides, sur les solides et détermine des phénomènes morbides qui sont des manifestations, des symptômes de l'empoisonnement : cette doctrine participe de l'humorisme; c'est la doctrine du *virus*, la seule qui existe maintenant. L'autre doctrine repousse toute idée de virus, de poison, ou bien elle ne veut pas qu'une cause matérielle pénètre dans l'économie. Pour celle-ci, les maladies vénériennes primitives sont des foyers d'irritation qui, dans certaines circonstances, provoquent, par sympathie, des affections dans des organes plus ou moins éloignés, affections dont les caractères tiennent à la texture, à la manière de réagir de ces mêmes organes. C'est évidemment là une forme du *solidisme*. Ainsi, dans la première doctrine, les *accidents consécutifs* sont des expressions, des symptômes d'une maladie dont l'élément principal *essentiel* est le virus; dans la seconde, les *accidents consécutifs* sont d'autres maladies nées à l'occasion de telles ou telles lésions venant de certains rapports intimes. Cette doctrine n'a pas été professée par tous les sectateurs dans ces termes et dans toute sa pureté, car il en est qui ont admis un virus, mais ce virus n'a pas pénétré dans l'économie, il n'a agi que localement, et cette action locale a provoqué des sympathies qui ont fait naître des lésions semblables ou analogues à celles qui sont nées sous l'action locale directe de l'agent spécifique.

CLASSIFICATION.

Pour ne pas trop m'éloigner des habitudes classiques, je décrirai d'abord : 1° Les maladies vénériennes primitives; 2° les maladies vénériennes consécutives; 3° puis viendront les maladies vénériennes infantiles; 4° et je terminerai par la prophylaxie.

Mais il faut qu'il soit bien entendu, que par maladies vénériennes primitives je n'entends pas désigner des *lésions locales*, comme certains syphiliographes, surtout quand le virus syphilitique sera intervenu. Par maladies primitives, je désigne celles qu'on observe, en général, en premier lieu, ordinairement à une époque rapprochée de l'application de la cause et sur le point même de cette application. La blennorrhagie et le chancre dominent dans cette première section du livre [1]. Par maladies consécutives, je désigne celles qui se manifestent après que le virus a agi sur les liquides et les solides, de manière à créer une constitution à part la diathèse syphilitique. Dans cette section se trouveront les accidents dits secondaires et tertiaires.

Cette division que je considère comme la plus utile pour l'étude n'est pas inattaquable. En effet, l'époque à laquelle apparaît la lésion dite primitive est loin d'être fixée, et le lieu de l'apparition n'est pas toujours celui qui a d'abord été mis en contact avec le virus.

On verra d'ailleurs que les pustules muqueuses, les végétations ont tour à tour été rangées parmi les accidents primitifs et parmi les accidents consécutifs, parce qu'en réalité elles constituent quelquefois des lésions qu'on observe en premier lieu et là où l'action vénérienne s'est produite, et tantôt après que d'autres lésions ont été observées et sur un point plus ou moins éloigné de l'application de la cause.

On a cru lever toutes les difficultés par l'inoculation. La lésion primitive s'inoculerait et la lésion consécutive ne s'inoculerait pas. Mais comme il est bien prouvé qu'il est des lésions primitives qui ne s'inoculent pas, tandis que certaines lésions consécutives s'inoculent, les syphiliographes qui ne sont liés par aucun système s'en tiennent à l'ancienne division que j'ai adoptée aussi, tout en faisant les réserves commandées par la logique. D'ailleurs la syphilis est une. Au fond, il s'agit d'un empoisonnement qui se manifeste par une infinité de lésions, de formes. On peut les grouper artificiellement dans les livres, mais dans la nature elles se tiennent toutes par le lien étiologique. Aussi les divisions fondamentales sont-elles impossibles, et quand on les tente, surtout quand on les prend à la lettre, on crée des difficultés à la pratique, et on répand de l'obscurité dans la science par des discussions prolongées, et qui n'ont pas toujours le mérite de la fran-

[1] Pour M. Ricord il n'y a qu'une seule forme de la syphilis primitive, le chancre. Le chancre par excellence c'est le chancre induré. Or pour les élèves les plus directs de M. Ricord, cette ulcération est consécutive. Il n'y aurait donc point de forme primitive de la syphilis. Voyez la thèse de M. Hélot, ancien interne de M. Ricord, et le livre de MM. Montanier et Maisonneuve.

chise. Croit-on que les discussions sur la non-transmissibilité de l'accident secondaire et sur la transmissibilité absolue de l'accident primitif se seraient longtemps prolongées, si on avait été obligé de prouver, avant de prendre la parole, la réalité d'une différence fondamentale entre ces deux principales formes de la syphilis?

TRAITÉ

DES

MALADIES VÉNÉRIENNES

SECTION PREMIÈRE.

MALADIES VÉNÉRIENNES DITES PRIMITIVES.

J'ai déjà dit, en faisant connaître la classification que j'adopte, ce que j'entendais par maladies vénériennes primitives. Leur cause peut être seulement irritante ou spécifique, d'où des maladies simples et des spécifiques, virulentes. Ainsi, dans les premiers chapitres, on trouvera des lésions qui peuvent être considérées comme des inflammations simples et locales. Certaines blennorrhagies sont dans ce cas. Mais, comme le virus syphilitique intervient le plus souvent, les lésions, en général, ne sont ni simples ni tout à fait locales. Si, par exemple, le chancre avait ces caractères, ce ne serait pas un chancre, c'est-à-dire une ulcération spécifique, ce serait tout simplement une plaie qui suppure.

Après les maladies acceptées par tous comme primitives, on en trouvera qui sont considérées par quelques syphiliographes comme consécutives, d'où le désespoir des classificateurs qui tiennent à être complétement logiques et des auteurs à lois absolues. Les pustules muqueuses appartiennent à cette catégorie. Je les ai placées sur la limite de la première section et de la deuxième, c'est-à-dire entre les maladies *primitives* et les maladies *consécutives*, et cela pour marquer que quand le virus intervient, la maladie est *une*, et que les phénomènes qui s'y rattachent se tiennent tous. L'arbitraire peut les séparer. Mais il faut qu'il soit bien entendu que c'est à titre provisoire, et dans l'intérêt des jeunes intelligences.

La plupart des maladies de cette première section ont un caractère aigu et revêtent la forme plus ou moins inflammatoire. Outre les accidents qu'on attribue au virus, éclatent ici des accidents plus directs, plus prochains, et qui ont aussi le caractère inflammatoire. En effet, si

les testicules, la prostate, les articulations, les yeux, les ganglions lymphatiques s'affectent par extension, par sympathie ou par métastase, c'est sous forme de phlegmasie. Ce sont donc des inflammations qu'on a le plus souvent à traiter, et des inflammations quelquefois tellement graves et menaçantes pour certains organes, que toute l'attention du praticien, tous les moyens dont il dispose, doivent être promptement dirigés contre elles, sans considération de la cause spécifique qui doit être mise un instant de côté. C'est, avant tout, l'effet qu'il faut combattre. Les antiphlogistiques devront donc avoir une large place dans cette section. On verra qu'ils semblent tout juger définitivement. Les partisans de la non-existence du virus saisissant cette circonstance, et, prenant le temporaire pour le définitif, l'exception pour la règle, ont prétendu que la thérapeutique simple, c'est-à-dire les antiphlogistiques, les adoucissants, l'hygiène triomphaient toujours des maladies vénériennes, et que, par conséquent, le virus n'existait pas. La vérité est que le traitement simple suffit quelquefois, puisque la nature seule a pu juger complétement ces maladies, puisqu'il en est qui ne sont pas virulentes; l'erreur existe dans la généralisation de ces résultats et surtout dans la conclusion qu'on tire de ces cures relativement à la nature de ces maladies : elles ne seraient pas spécifiques, parce qu'elles auraient guéri par des moyens non spécifiques ! Toute la médecine, philosophiquement interprétée, proteste contre cette erreur qui serait la négation de la *force médicatrice*, c'est-à-dire du plus grand, du plus beau fait de la physiologie pathologique.

CHAPITRE PREMIER.

BLENNORRHAGIE EN GÉNÉRAL.

Depuis Swédiaur, on appelle *blennorrhagie* une espèce d'inflammation de certaines membranes muqueuses qui survient presque toujours après des rapports intimes, et dont le caractère principal consiste en une sécrétion plus ou moins abondante de mucus mêlé de pus (*muco-pus*). On a aussi appelé cette maladie *gonorrhée*, qui veut dire flux de semence, et *chaudepisse*, à cause de la sensation de brûlure que le malade éprouve en urinant. Ces dénominations, comme celles que j'omets à dessein, expriment un symptôme de la maladie, symptôme qui peut manquer, ce qui leur enlève leur sens : ainsi le flux séminal est une hypothèse et la sensation de brûlure peut être absente. Le mot *blennorrhagie* lui-même est loin d'être sans reproche, car l'humeur n'est

pas toujours identique. Ainsi c'est au début du mucus, puis du mucus mêlé à du pus; enfin, l'écoulement peut n'être formé que par du pus. Ce serait bien pire s'il y avait réellement des *chaudepisses sèches!*

Siége. — Chez l'homme, la blennorrhagie a pour siége habituel l'urètre, quelquefois la muqueuse du prépuce et du gland; chez la femme, c'est la vulve, le vagin, l'urètre, la matrice; pour les deux sexes, la muqueuse oculo-palpébrale, celle de l'anus et du commencement du rectum. La blennorrhagie buccale est excessivement rare. Je ne sais si la blennorrhagie nasale a réellement existé chez l'adulte. Je dirai, quand il sera question de la syphilis infantile, que les nouveau-nés offrent souvent un écoulement par les narines. On trouve dans le livre de M. Yvaren un fait emprunté à M. Cunier qui semblerait prouver que la muqueuse nasale d'un enfant aurait été inoculée par les doigts souillés d'une domestique [1]. Dans certaines régions où la peau subit une espèce de transformation muqueuse, on peut observer des écoulements blennorrhagiques : ainsi, au pli génito-crural, à la face interne des cuisses, au nombril. Plusieurs des parties que j'ai indiquées peuvent être simultanément affectées de blennorrhagie. Chez l'homme, il peut y avoir, en même temps, blennorrhagie du prépuce, du gland et de l'urètre; chez la femme, toute la vulve, le vagin, l'urètre, le col et le corps de la matrice peuvent être affectés ensemble. Dans le fait rapporté par M. Cunier les muqueuses oculo-palpébrale et nasale avaient été simultanément affectées.

Causes. — L'époque de la vie pendant laquelle les organes génitaux exercent plus souvent leurs fonctions est celle où l'on observe plus fréquemment la blennorrhagie : c'est donc l'âge adulte. On l'a cependant observée à l'âge le plus tendre, surtout chez les petites filles d'un tempérament lymphatique.

Le même tempérament lymphatique est favorable au développement de la blennorrhagie chez l'adulte. Quelques auteurs ont noté que les personnes déjà affectées d'une maladie de la peau étaient plus facilement prises de blennorrhagie. On a expliqué ce phénomène par les sympathies du tégument externe avec les muqueuses.

Les femmes ont plus de blennorrhagies que les hommes, et les communiquent plus facilement.

On a noté tous les climats comme favorables au développement de la blennorrhagie!

Les aliments, les boissons qui peuvent être considérés comme excitants diffusibles, ont été rangés parmi les causes de la blennorrhagie.

[1] *Métamorphoses de la syphilis*, p. 200.

Ainsi, les aliments salés, épicés, les asperges, les truffes, les liqueurs fortes, le café, la bière, peuvent réellement aider l'action des causes directes. On a même prétendu que l'abus de la bière pouvait, à lui seul, produire une blennorrhagie. Cette action puissante de la bière seule est-elle réelle? j'ai bien constaté que cette boisson exaspérait, réchauffait une urétrite déjà ancienne et mal éteinte, mais je n'ai observé que cela. D'ailleurs la bière n'aurait guère d'influence que sur les blennorrhagies urétrales.

La goutte, le rhumatisme, les vices dartreux, scrofuleux, ont été notés parmi les causes de la blennorhagie. Il est certain que l'existence d'un rhumatisme, de dartres chez un sujet peut avoir une influence sur la marche d'une blennorrhagie qu'il a contractée. Ainsi, on voit chez des rhumatisants une chaudepisse se sécher rapidement sous un accès de rhumatisme et reparaître quand l'affection articulaire cesse; il est, par contre, des sujets qui voient paraître un écoulement à tous leurs accès de rhumatisme. On observe des dartreux dont les écoulements revêtent la chronicité de la dermatose. L'humeur devient alors séreuse, peu abondante, il y a des démangeaisons sur la muqueuse sécrétante, et l'on n'obtient, chez eux, une guérison complète que par les modificateurs longtemps continués qui s'adressent à la maladie cutanée. Le vice scrofuleux imprime un caractère de chronicité à la blennorrhagie laquelle passe facilement alors à l'état de suintement habituel. Voilà, je crois, tout ce qu'on peut dire ici sur la part que prennent ces états morbides dans la production et les caractères de la blennorrhagie. Aller plus loin serait entrer dans l'hypothèse.

Quant aux causes directes, elles sont physiques, chimiques ou pathologiques. Ainsi, un calcul qui passe par l'urètre, une sonde qui le parcourt, une injection d'ammoniaque (Swédiaur), tous ces agents peuvent déterminer la sécrétion du muco-pus. Le coït trop souvent répété, exercé avec des organes disproportionnés, la masturbation, le sang des règles, l'ichor du cancer, les lochies, et surtout les *fleurs blanches*, c'est-à-dire le produit d'un catarrhe utérin ou vaginal, voilà tout autant de causes qui ont été accusées de produire la blennorrhagie, et qui, comme on le voit, sont surtout fournies par les femmes.

Le pus virulent, c'est-à-dire le pus qui porte le virus syphilitique, est, selon moi, la cause la plus fréquente, la plus puissante de la blennorrhagie. Ceux qui n'admettent pas que le pus spécifique peut produire une blennorrhagie virulente, supposent néanmoins qu'il peut agir sur les muqueuses comme simple irritant; les mêmes qui ont refusé au virus le pouvoir de faire naître une blennorrhagie syphilitique primitive, ont accordé qu'il pouvait donner lieu à la même maladie, mais

ous la forme d'accident secondaire. Le virus syphilitique doit donc voir une large place dans l'étiologie de la blennorrhagie, et on ne de- ra jamais l'oublier quand il s'agira de thérapeutique.

Un coup d'œil général sur les causes que je viens de passer en re- ue montre qu'elles agissent soit directement sur les surfaces mu- ueuses, soit indirectement après avoir traversé l'économie. Ainsi, le irus syphilitique aurait cette double action; le vice rhumatismal n'agi- ait qu'indirectement. On comprend que les blennorrhagies, par cause ndirecte, ne peuvent être simples. Parmi celles de cause directe, il en st peu qui se bornent à faire naître une inflammation. Il n'y a guère ans ce cas, que les corps étrangers, les excès de coït, de masturbation, uelquefois le sang des règles ou des flueurs blanches accidentellement n peu âcres.

Quelle que soit la nature de la blennorrhagie, il est des propriétés de humeur sécrétée, des conditions organiques, vitales, qui rendent contagion plus facile. Ainsi, en général, la prédominance de l'élé- nent pus dans la sécrétion est favorable à la contagion ; à mesure que mucus domine, c'est-à-dire à mesure que l'état est moins aigu, il y moins de chances de contagion. Mais il faut bien se persuader que le très-légers écoulements, des *gouttes*, qu'on croyait insignifiantes, nt pu transmettre des blennorrhagies très-violentes et quelquefois rès-virulentes.

Il existe réellement des individus d'un tempérament privilégié et qui s'exposent impunément à la contagion. Il y a entre les parties que le oït met en rapport une sympathie d'action, des coïncidences de orme, de volume, qui peuvent singulièrement empêcher ou favoriser e développement de la blennorrhagie. Ainsi un homme vivra de longues nnées avec une femme ayant un écoulement, et cela sans rien con- racter; l'habitude a créé une espèce d'harmonie dans la vitalité, dans a forme, le volume des organes, et établi cette immunité. Mais que la emme fasse un nouvel amant; celui-ci plus chaudement accueilli, ontractera peut-être une blennorrhagie dans toutes les règles. Les faits de cette nature ont été observés par tous les praticiens qui ont consultés pour des maladies vénériennes. Fallope, écrivain du xvi[e] siècle, avait déjà noté que certaines femmes infectées ne don- naient rien à leurs maris avec lesquels elles n'éprouvaient aucune ouissance, et donnaient du mal à leurs amants qui leur procuraient 'incitation voluptueuse. Voltaire a traduit des vers arabes qui se termi- nent par ces mots terribles : *Tremble d'être heureux!*

Certaines conditions de vitalité peuvent donc favoriser la contagion, et il est avéré que la blennorrhagie se transmet presque toujours par

le coït. Mais du pus blennorrhagique déposé seulement sur une muqueuse peut produire le même effet : les expériences des étudiants dont parle B. Bell le prouvent. On a prétendu que du pus avalé, absorbé par l'estomac, se dirigeait ensuite sur les parties génitales pour déterminer une blennorrhagie. Rien ne prouve ce mode de transmission de la blennorrhagie.

Nature. — Dans les *Notions préliminaires,* en traitant la question du virus syphilitique, j'ai abordé les difficultés qui surgissent, quand on veut approfondir l'étiologie des écoulements blennorrhagiques. J'ai dit que, pour Hunter, ces écoulements reconnaissaient, en général, la même cause que le chancre, que cette cause était le virus syphilitique dont les effets différaient selon la surface d'application : sur une surface sécrétante, il produisait la blennorrhagie, tandis que sur une surface non sécrétante, il faisait naître un chancre. Mais le vagin étant, pour Hunter, une surface sécrétante, et de vrais chancres ayant été observés sur la muqueuse de ce canal, la théorie du chirurgien anglais s'est trouvée fort compromise par ce fait d'observation. J'ai signalé l'opinion de B. Bell, qui admet deux éléments morbides, un blennorrhagique, l'autre chancreux. Enfin, j'ai fait connaître l'opinion qui considère la blennorrhagie comme dépendant d'une inflammation dont la cause est simplement irritante, et dont les effets sont locaux ou sympathiques et ne ressemblent jamais à ceux d'un poison morbide. Quand ces derniers effets ont été notés, c'est que l'observateur aurait été inattentif, ou bien il ignorait les moyens d'investigation, ou bien encore il ne savait pas les manier; il n'aurait pas remarqué un chancre caché sous un prépuce étroit, dans un repli du vagin, ou sur le col de l'utérus, ou dans la profondeur de l'urètre. L'observateur n'a pu ou n'a su constater que l'écoulement, et prenant ce symptôme pour la maladie elle-même, il a porté à la colonne du diagnostic *blennorrhagie* quand il fallait y inscrire *chancre.* Il faut hautement convenir, d'abord que de pareilles erreurs ont été commises, surtout à une époque où l'éveil n'était pas encore donné, et avant l'emploi des moyens d'exploration que nous possédons aujourd'hui. Mais déjà Hermandez avait inauguré le *chancre larvé;* Hunter s'est étendu longuement sur les cas où un chancre peut rester inaperçu, et nos contemporains parlent depuis vingt ans de ces erreurs, des causes qui peuvent les faire commettre, et enseignent les moyens de les éviter. Le spéculum, enfin, est venu ôter beaucoup de sa force à l'argument tiré du vice supposé de l'observation. Quant à l'ignorance et à l'impéritie de l'observateur, elles se dissipent de jour en jour, et il est des praticiens qui, par leur position, leur réputation d'esprits honnêtes et sagaces, mettent à

néant cet argument et un autre dont on use trop souvent dans les causes désespérées. Eh bien, pour ces praticiens, il existe réellement des écoulements syphilitiques n'ayant aucun rapport avec le chancre, lequel a été toujours absent à toutes les périodes de la blennorrhagie. Bien plus, la nature syphilitique de ces écoulements s'est manifestée par les accidents consécutifs, par les manifestations générales de l'empoisonnement. Aucune objection ne peut être faite sérieusement à de pareils faits observés sur la femme dont l'urètre est resté sain, sans écoulement ; car la vulve, le vagin, le col de l'utérus, l'anus, ont pu être directement explorés. Mais quand il s'agit de la blennorrhagie urétrale chez l'homme, le *chancre larvé* reprend toutes ses prétentions. On a supposé cette ulcération même lorsque le pus sorti de l'urètre n'a pu être inoculé. Ainsi donc, pour combattre une soi-disant supposition, c'est-à-dire la non-existence du chancre dans la blennorrhagie virulente, on se sert d'une supposition manifeste, celle d'un chancre dans l'urètre quand surviennent des accidents syphilitiques, et cela parce qu'on a admis que le chancre seul peut produire ces accidents! Or, c'est ce qui est en question. Et même pour moi, l'existence du chancre au delà de la fosse naviculaire n'est nullement un fait irrécusable. Je n'ignore pas ce qu'on a dit, ce qu'on a imprimé en faveur du chancre urétral profond; il a existé même des pièces pathologiques qui ont paru convaincantes à ceux qui en ont fait l'exhibition. Mais j'avoue qu'après un examen approfondi de l'observation la plus importante, de celle qui semble prouver l'existence du chancre urétral profond, j'ai été convaincu qu'il s'agissait, non d'ulcérations syphilitiques, mais d'ulcérations tuberculeuses qui s'étaient répétées sous forme de cavernes dans la prostate, dans un testicule et dans d'autres organes du même sujet. Le traducteur de ma première édition, après l'examen consciencieux des faits de M. Ricord, est arrivé à penser et à prouver aussi que ce médecin avait donné pour chancres urétraux profonds des ulcérations tuberculeuses. D'un autre côté, M. Baumès ne peut pas comprendre que le pus chancreux puisse parcourir la plus grande étendue de l'urètre sans laisser aucune trace sur son chemin, afin de n'ulcérer qu'un point profond de ce canal. M. Chomel dit avec sa modération habituelle : « Ce n'est que par exception que l'on a démontré ou *plutôt présumé* la présence du chancre dans l'urètre [1]. » D'ailleurs M. Ricord qui admet le chancre profond de l'urètre dit précisément, dans ses *Lettres sur la Syphilis*, que le chancre ne peut s'établir qu'après une érosion préalable, que c'est *de rigueur*. Or, comment s'est

[1] *Abeille médicale*, janvier 1851, *Leçon clinique* de M. Chomel.

établie cette solution de continuité vers la portion de l'urètre voisine de la vessie?

Mais admettons, pour le moment, l'existence du chancre profond, pourvu qu'on convienne qu'il est rare, qu'il est exceptionnel, et on en convient. Eh bien! comparez alors, pour la fréquence, le chancre urétral aux accidents syphilitiques consécutifs qui sont observés après les écoulements par l'urètre, et vous verrez l'énorme chiffre qu'offriront les accidents consécutifs, comparé au chiffre des chancres. Les médecins qui s'occupent spécialement des maladies de la peau, MM. Cazenave, Martins, Legendre, vous diront que la blennorrhagie produit autant de syphilides que le chancre. Or, défalquez quelques blennorrhagies que vous porterez à la colonne des chancres urétraux (si vous les admettez), restera toujours un nombre considérable de syphilides qu'on ne pourra attribuer qu'à la blennorrhagie. Cette vérité a été proclamée en pleine Académie de médecine, surtout par les hommes qui ont longtemps observé, surtout par des praticiens nullement compromis dans aucune théorie en syphiliographie, par MM. Moreau, J. Cloquet, Velpeau, P. Dubois, etc.

Maintenant, allez plus loin dans les concessions, accordez que tout écoulement spécifique, syphilitique, n'est qu'un symptôme d'un chancre; il restera toujours une forme particulière d'inflammation des muqueuses, un écoulement séro-purulent, enfin une blennorrhagie qui, par sa marche, par sa durée, par ses accidents, ses complications, ne pourra être assimilée à une inflammation franche comme celle produite par de simples irritants, par des corps étrangers, par l'ammoniaque, enfin comme la blennorrhagie que se donna Swédiaur. Ces inflammations simples ne passent pas d'un individu à un autre avec les mêmes caractères; elles ne présentent pas des accidents de métastase comme l'ophthalmie blennorrhagique, comme les arthrites blennorrhagiques; elles ne durent pas un an comme la blennorrhagie que se donna un étudiant par l'application entre le prépuce et le gland d'un plumasseau trempé dans de l'humeur gonorrhéique [1]. Tous ces effets, qui ne sont pas niés par mes adversaires, tiennent à une cause qui n'a pas seulement irrité la muqueuse, mais qui a pénétré dans l'économie. Eh bien! cette cause, vous l'appellerez un vice ou virus, vous direz que ce virus n'est pas syphilitique, qu'il est gonorrhéique; vous en viendrez enfin à B. Bell, vous admettrez deux virus, ou, pour mieux dire, vous donnerez deux noms au même virus, ce qui, à la rigueur, exigeait bien moins de frais d'imagination, bien moins de re-

[1] B. Bell, t. II, p. 492.

cherches, bien moins de temps qu'on n'en a employé, puisque c'était tout fait. M. Baumès admet aussi deux virus, un chancreux, l'autre blennorrhagique : pour lui, ce dernier ne se contente pas d'irriter, il est absorbé, et alors il ne se borne pas à des accidents primitifs, tels que le bubon, l'ophthalmie, l'arthrite; ce virus blennorrhagique détermine, de plus, des accidents comme ceux indiqués dans ce passage remarquable : « Je puis attester, dit M. Baumès, que, dans ces trois dernières années seulement, j'ai vu à l'hospice de l'Antiquaille, sans compter ce que j'ai vu dans ma pratique en ville, cinq ans de *blennorrhagie simple*, avec la certitude qu'*aucun chancre n'existait dans le canal*, être suivis quelque temps après de symptômes constitutionnels tels que : *ulcères arrondis, bien caractérisés aux amygdales; tubercules plats ou papules humides aux commissures des lèvres, à l'anus, sur le scrotum; ecthyma syphilitique; syphilide furfuracée, squammeuse, papuleuse*, etc. Dans deux de ces cas, j'avais inoculé, du septième au dixième jour de l'existence de la blennorrhagie, du muco-pus, par trois piqûres à chaque cuisse, sans aucun résultat [1]. » M. Baumès admet donc que les écoulements urétraux peuvent être produits : 1° par un chancre; 2° par un virus qui n'est pas le chancre, mais qui donne lieu aux accidents que je viens de noter; 3° par une irritation ou une inflammation qui n'a que des effets sympathiques. M. Ricord croit que M. Baumès est arrivé à ce résultat par des idées de conciliation. Pour moi, je pense que M. Baumès est arrivé par un très-long chemin à dire tout à fait le contraire de M. Ricord, à dire qu'il y a des écoulements de l'urètre qui sont virulents et capables de donner lieu à des accidents syphilitiques consécutifs; seulement ces accidents seraient moins fréquents, moins profonds. Mais il est des chancres qui ne donnent pas fréquemment lieu à des accidents consécutifs, et ces accidents ne sont pas toujours profonds. L'expérimentation, d'ailleurs, est venue apporter ici des arguments sans réplique. Ainsi, Hunter a prouvé que le pus du chancre et celui de la blennorrhagie pouvaient l'un et l'autre produire le chancre et la blennorrhagie; et quand j'en serai à la balanite, je prouverai que le pus sécrété par le gland et le prépuce *nullement ulcérés, pas même excoriés*, que ce pus a produit des chancres. Or ici le prétexte des chancres larvés ne peut pas même être invoqué, car il s'agit de la *blennorrhagie externe;* toute la surface fournissant l'humeur a pu être directement explorée. Ainsi l'existence de la blennorrhagie virulente est demontrée par les écrits de ceux qui n'y croient

[1] T. I, p. 233.

pas comme par les écrits de ceux qui l'admettent à demi ou complétement; et cela parce que c'est un fait.

Incubation. — Comme celle du chancre, l'incubation de la blennorrhagie a été admise et niée. On peut dire qu'en général le temps d'incubation est exagéré par les malades : ainsi il n'est pas rare de les entendre parler de huit, quinze jours d'intervalle entre le coït suspect et le moment de l'apparition de leur blennorrhagie ; on est même allé jusqu'à cinquante jours et plus d'un mois. La plupart de ces malades, n'ayant pas souffert les premiers jours, et l'écoulement n'étant ni abondant ni coloré, ont méconnu le point de départ de leur maladie. On devra donc se méfier, en général, de la supputation de la plupart des malades. Mais il en est qui, suspectant le coït qu'ils ont exercé, commencent, presque immédiatement après, leurs observations et épient les moindres phénomènes qui apparaissent du côté des parties génitales; et parmi ces observateurs se trouvent non-seulement des hommes du monde capables de rendre compte de ces phénomènes, mais même des médecins expérimentés. Eh bien ! ces sujets ont observé une véritable incubation; c'est-à-dire qu'ils sont restés vingt-quatre heures, trois jours, sans rien, absolument rien voir apparaître [1] : après ce laps de temps, de la sensibilité, un picotement, une démangeaison, puis une sécrétion muqueuse plus abondante qui s'est troublée ensuite, sont venus leur prouver que la contagion avait eu lieu. Ceci n'a pas seulement été observé pour la blennorrhagie urétrale, mais encore pour celles du prépuce et du gland, c'est-à-dire pour celles dont le siége est complétement livré à l'observation. Il faut convenir cependant que certaines blennorrhagies, surtout celles qui surviennent après un coït répété, sont accusées dès le premier jour par une modification dans la sensibilité; le lendemain déjà l'écoulement apparaît. Le plus ordinairement les phénomènes réellement inflammatoires ne sont établis qu'au cinquième jour, époque où le pus domine sur le mucus.

Symptômes. — J'ai déjà dit qu'au début il y avait une modification de la sensibilité qui est, le plus souvent, exagérée, ainsi que les fonctions de l'organe. Il n'est pas rare d'observer de vifs désirs vénériens, des rêves érotiques, des éjaculations. La muqueuse est plus aride. Bientôt sa sécrétion est augmentée. Il y a véritable douleur, tuméfaction, ce qui fait que les canaux tapissés par la muqueuse sont plus ou moins rétrécis et leurs fonctions plus douloureuses. Ainsi, dans la blennorrhagie urétrale, l'urine coule plus difficilement et avec

[1] Quand je traiterai de la blennorrhagie urétrale, je reviendrai sur les cas d'incubation.

plus ou moins de douleur, et, chez la femme, le coït est presque impossible. La sécrétion anormale est un mélange de pus et de mucus; c'est le *muco-pus*. D'abord blanc, il prend ensuite une nuance jaune. Les globules de pus prédominant, l'humeur ne file pas comme au commencement. En devenant plus abondant, le *muco-pus* tourne au vert. Cette nuance est attribuée au mélange de quelques globules sanguins, lesquels, en augmentant de nombre, donnent à l'écoulement un aspect rouillé. On observe surtout ces nuances dans la blennorrhagie urétrale qui montre aussi l'écoulement sanieux séro-sanguinolent. Mais, en général, la coloration dépend de la proportion du pus mêlé au mucus. La matière de l'écoulement a une odeur qui se rapproche, en général, de celle de la morue avancée dans les blennorrhagies aiguës, comme je le dirai bientôt, elle a quelquefois une odeur fade et aigre comme celle des flueurs blanches des femmes, même dans les écoulements urétraux des hommes. Il est très-vrai que l'odeur peut singulièrement être rendue plus forte par la malpropreté. Mais la malpropreté seule ne la produit pas, ne lui donne pas son caractère. Ainsi, quand on découvre un sujet qui a sur les parties génitales un grand nombre de tubercules plats, on sent une odeur infecte qui n'est pas cependant la même qu'exhale le sujet affecté de blennorrhagie, et cela en supposant les deux malades dans le même état de malpropreté. Je ne suis pas de l'avis de ceux qui dédaignent tant l'odeur comme pouvant servir à distinguer les différentes blennorrhagies. J'ai observé des écoulements urétraux chez l'homme, qui avaient une odeur tout à la fois aigre et fade comme celle qu'exhalaient les flueurs blanches de la femme avec laquelle le malade avait eu des rapports.

Marche. — On observe quelquefois, au début de la blennorrhagie, un véritable état général, comme frissons, réaction fébrile. Quand la blennorrhagie est de cause directe, quand cette cause est très-irritante ou qu'il y a eu de fortes excitations sexuelles, le début est franc, l'inflammation et ses produits se manifestent bientôt, quelquefois le lendemain de l'action. Mais ordinairement les conséquences de cette inflammation ne sont manifestes que le troisième, le quatrième jour, quelquefois il se passe une semaine. Souvent la blennorrhagie commence sans prodromes et marche d'abord vers l'état chronique. La forme chronique se manifeste quelquefois au début chez les sujets qui déjà ont eu plusieurs blennorrhagies, et alors la ténacité de l'écoulement est en raison directe du nombre de chaude-pisses que le sujet peut compter. La durée d'une blennorrhagie un peu intense est d'un mois à six semaines, de six mois à un an. Dans les cas réguliers modérés, ce temps peut être divisé en trois septénaires : 1° Or-

gasme, congestion; 2° summum de l'état inflammatoire; 3° déclin.

Le déclin de la blennorrhagie est surtout marqué par la prédominance du mucus sur le pus, par la dissociation de ces deux éléments de l'humeur blennorrhagique. Vient un moment où quelques globules du pus sont, pour ainsi dire, égarés dans le mucus, où la tache sur la chemise est grisâtre avec un point plus foncé au centre; enfin le linge n'est plus marqué. Il y a trop souvent des écoulements qui se perpétuent. Mais alors on doit supposer un rétrécissement, une absence d'hygiène, des écarts de régime qui font sans cesse renaître ou qui réchauffent l'écoulement. Ou bien c'est une complication venant d'une altération de l'organisme, d'une diathèse. Pour M. Cazenave, quand ces répétitions ont lieu, c'est qu'il a existé d'abord une blennorrhagie virulente laquelle a laissé à l'urètre une susceptibilité réveillée par la moindre irritation. Alors des causes non spécifiques produisent des écoulements avec une très-grande facilité.

Diagnostic. — Le diagnostic de la blennorrhagie nous ramène au chancre larvé. Chez la femme, le spéculum bien appliqué fait reconnaître s'il y a des ulcérations sur le col de la matrice, sur les parois du vagin, ou bien s'il n'y a qu'une inflammation blennorrhagique. Chez l'homme, les difficultés sont grandes, si l'on veut établir le diagnostic d'un chancre profond de l'urètre. Pour quelques syphiliographes qui admettent ce chancre, le cathétérisme pourrait indiquer une rugosité là où est l'ulcération. Mais un épaississement, une lacune de la muqueuse sont de nature à produire le même effet. Le chancre existerait aussi quand la matière de l'écoulement est peu abondante, séreuse, mal liée, sanguinolente et avec détritus organiques. Il y aurait un point fixe douloureux où on pourrait constater un engorgement dur circonscrit, ou plus ou moins perdu dans un engorgement inflammatoire. On invoque aussi l'inoculation. Rien de plus infidèle encore que ce dernier moyen, puisque, pour ceux qui admettent le chancre urétral, celui-ci ne serait inoculable qu'à une certaine période, puisque l'humeur puisée par la lancette est fournie par la portion de l'urètre qui est en avant du chancre, là où l'on suppose que l'inflammation est simple. Ceci expliquerait comment, dans le service de M. Puche, M. Bigot a pu inoculer, sans succès, soixante-huit fois le pus sorti de l'urètre. Ces difficultés d'ailleurs ont été reconnues par ceux qui ont fait jouer un si grand rôle au chancre urétral dans la production des écoulements virulents. Comme je ne crois pas au chancre profond, et n'admets que celui du méat et de la fosse naviculaire, je suis moins préoccupé ici des difficultés du diagnostic.

Il est difficile de distinguer la blennorrhagie simple, celle qui n'est

qu'une inflammation catarrhale, de la blennorrhagie virulente. Cependant si l'on a pu constater une véritable incubation, si l'écoulement a une tendance à l'état chronique, on penchera pour l'écoulement spécifique : si, au contraire, la blennorrhagie est la suite d'un excès du coït, si sa marche est rapide, si le début a été très-voisin de cet excès, si la terminaison est franche, rapide, il y a de fortes présomptions en faveur d'une blennorrhagie simple. Plus tard, s'il survient des accidents, le diagnostic s'éclaircit complétement.

Anatomie pathologique. — Les lésions de tissu observées dans les cas de blennorrhagie doivent varier selon le siége de cette maladie ; je les étudierai surtout quand il s'agira de la blennorrhagie urétrale chez l'homme. Je puis dire, d'une manière générale, qu'on a observé des colorations d'un rouge vif de la membrane muqueuse, des épaississements de cette membrane, des infiltrations plastiques du tissu cellulaire sous-jacent, des abcès.

Accidents. — Les accidents communs à toutes les blennorrhagies sont peu nombreux ; il n'y a guère que les inflammations du tissu cellulaire et des ganglions, avec ou sans suppuration. Les autres accidents ou complications dépendent surtout de l'espèce de blennorrhagie. Je les ferai connaître en parlant des blennorrhagies en particulier, surtout de la blennorrhagie urétrale chez l'homme, dans le prochain chapitre.

Pronostic. — En général, les blennorrhagies *externes*, la balanite, la vulvite, sont très-peu graves, et guérissent rapidement. Cette dernière n'est réellement sérieuse que si elle se complique de l'inflammation du tissu cellulaire avec abcès. Chez les femmes, la blennorrhagie a une gravité réelle par son extension vers la matrice. On peut dire, d'une manière générale, que la blennorrhagie la plus grave, c'est l'urétrale chez l'homme, car elle peut être suivie d'accidents primitifs et tardifs de nature à compromettre l'appareil génito-urinaire, les yeux, les articulations.

Traitement. — Il doit être d'abord préservatif. Je ne pense pas qu'on soit jamais obligé au coït dans des circonstances où l'on a lieu de craindre la contagion, et encore moins quand on peut se croire assez malade pour donner une blennorrhagie. Le coït médiat a pu être conseillé quand on n'a fait que soupçonner ; c'est certainement un préservatif, mais qui n'est pas infaillible [1]. Le coït le moins compromettant

[1] L'intermédiaire est un petit sac fait avec le cœcum des agneaux. Cette découverte, qui par son utilité méritait la reconnaissance publique, a presque déshonoré *Candom*. Ce malheureux Anglais a laissé son nom à l'invention, mais il a été obligé d'en prendre un autre.

est celui qui *peut être* rapide, qui ne se répète pas et qui est *complet*, car on espère que l'éjaculation pourra entraîner l'humeur contagieuse qui aurait pénétré dans l'urètre. Mais le coït peut-il être toujours rapide et complet? Il y aura un grand avantage à uriner immédiatement après, s'il y a possibilité : ceci ne dispensera pas des lotions aussi longtemps prolongées que possible avec un liquide légèrement astringent. Ceux qui ont été inoculés pourront, si leur mémoire les sert bien, vous dire qu'une surprise, une négligence, trop de confiance dans la personne avec laquelle ils ont eu des rapports, trop de temps passé avec elle, la fausse honte de demander des moyens de lavage, ils pourront vous dire qu'une de ces circonstances a existé quand ils ont été malheureux.

Comme pour le chancre, on a voulu ici appliquer la méthode abortive. Cette méthode ne peut être rationnelle qu'au début de la fluxion, avant l'établissement de l'inflammation proprement dite, au premier indice enfin de la maladie. Or, le temps entre le coït suspect et le début de l'inflammation n'est pas toujours le même, car il est des urétrites établies après vingt-quatre heures de l'application de la cause, tandis qu'il en est d'autres auxquelles il faut sept jours pour qu'elles soient caractérisées. Les moyens alors ne peuvent plus être abortifs; ils peuvent au contraire exaspérer l'inflammation, prolonger sa durée et produire de graves accidents. Je me rappellerai toujours un malade dont la femme, absente, devait arriver peu de jours après qu'il se vit affecté d'une blennorrhagie. Il vint me demander un moyen certain de faire avorter cet écoulement. Comme je ne pus le lui promettre, il s'adressa à un autre confrère qui conseilla une injection urétrale caustique, laquelle produisit une inflammation de l'urètre et de la vessie des plus graves, des plus douloureuses. Je fus appelé pour donner des soins à ce malade, qui resta au lit un mois, pendant lequel il fut obligé d'employer les antiphlogistiques les plus énergiques.

Si l'on était consulté au moment même de la contagion, quand elle vient de produire son premier effet, si pour la blennorrhagie on pouvait avoir un signe prodromique, on agirait au moins rationnellement en cherchant à détruire sur place la cause et son premier effet qui pourrait être alors local et très-borné. Mais il n'en est presque jamais ainsi. D'ailleurs il faudrait que la surface muqueuse qui vient d'être contaminée fût à découvert pour que l'application fût réellement topique, directe et limitée à la lésion. Cela peut être pour le gland, le prépuce, et dans certaines circonstances pour la vulve. Mais pour la blennorrhagie la plus commune, pour la blennorrhagie urétrale, on ne peut se permettre une application aussi méthodique, aussi directe. Ce n'est que quand la

blennorrhagie est bornée à la fosse naviculaire qu'on pourrait l'atteindre par le nitrate d'argent solide ou par une injection qui ne dépasserait pas le commencement de l'urètre. Mais remarquez que les chirurgiens qui prétendent faire avorter emploient souvent l'injection et poussent le liquide profondément, c'est-à-dire là où il n'y aurait pas encore inflammation! On doit craindre alors, par une injection irritante portée sur des points de la muqueuse tout à fait sains, on doit craindre de faciliter l'extension de la phlegmasie.

Le sulfate de zinc était autrefois très-employé, c'est aujourd'hui le nitrate d'argent. Carmichaël passe en France pour l'avoir introduit dans la thérapeutique de la blennorrhagie. M. Debeney revendique cet honneur. Je reviendrai sur la méthode qui se sert de ce moyen.

Mais il faut qu'on sache, dès à présent, que la prétention de couper court à la blennorrhagie est vieille, et que le traitement abortif a été appliqué, jugé et condamné depuis très-longtemps. En effet, déjà Charles Musitan prétendait guérir en trois jours la gonorrhée avec injection. Si on la faisait dès que le flux purulent commençait à paraître, il était arrêté *à l'instant*. Si l'on pratiquait cette injection avant le flux, quand les parties naturelles ressentaient une démangeaison extraordinaire, on prévenait la maladie. Déjà Astruc, qui cite Musitan, dit que malheureusement, pour les *débauchés*, l'expérience et la raison démontrent la *fausseté* de cette méthode [1]. Il objecte, en outre, qu'on a cru quelquefois avoir prévenu la gonorrhée quand elle ne devait pas venir. Enfin, Astruc remarque très-bien qu'on consulte très-peu les médecins pendant les gonorrhées naissantes, encore moins avant qu'elles ne naissent [2]. Ce passage d'Astruc est très-curieux.

Pour moi, qu'il n'y ait que soupçon de congestion, ou que l'inflammation commence, je conseille, bien entendu, le repos des organes, le repos du corps, l'exclusion de tout aliment, de toute boisson qui contiennent des principes susceptibles de rendre les urines irritantes, d'exciter, d'échauffer les muqueuses génito-urinaires; puis viennent les adoucissants, les bains, les boissons délayantes, une diète non trop sévère, et des antiphlogistiques plus puissants quand l'inflammation est réellement établie. Si le sujet est jeune, vigoureux, et l'inflammation très-vive, très-douloureuse, je fais d'abord couler le sang et je hâte ainsi de beaucoup la résolution, et une résolution franche. Je n'ai jamais constaté que les antiphlogistiques, même un peu prolongés, aient été pour quelque chose dans la tendance à la chronicité qu'ont trop souvent les

[1] T. III, p. 86.
[2] *Id.*, p. 87.

blennorrhagies. J'ai observé assez souvent le contraire. J'ai vu, en effet, que les blennorrhagies qui s'éternisaient le plus facilement étaient surtout celles dont on avait voulu brusquer la terminaison, celles qu'on avait d'abord violentées pour les faire avorter. Quand les signes du déclin apparaissent, quand la violence de l'inflammation est moins marquée, j'ai recours aux antiblennorrhagiques, à une combinaison de cubèbe et de copahu. En dernier lieu, et quand l'inflammation est éteinte, si l'écoulement persiste, j'en viens aux injections. Pour ce qui est de l'ordre dans lequel doit arriver ce moyen direct, je suis tout à fait de l'avis de Swediaur. Je préfère les injections astringentes aux injections cautérisantes, et quand je crois devoir produire ce dernier effet, je me sers de préférence du nitrate d'argent solide, lequel peut plus facilement être manié que la solution du même sel. Je crois qu'il y a un grand avantage, pour le traitement de la blennorrhagie, à isoler, autant que possible, les surfaces enflammées. Ainsi, dans la balanite, dans la vulvite, et à une certaine période de la vaginite, on peut, avec un linge, avec de la charpie, de la ouate, procéder à cet isolement. Mais il n'en est pas de même pour l'urétrite : les mèches, les corps étrangers qu'on a voulu laisser séjourner dans l'urètre n'ont fait qu'exaspérer l'inflammation. On produirait le même effet si l'on voulait tamponner le vagin des femmes étroites, pendant que l'inflammation est à son apogée. Les détails sur le traitement seront exposés dans le chapitre qui va suivre.

CHAPITRE II.

BLENNORRHAGIE CHEZ L'HOMME.

ARTICLE Ier.

Blennorrhagie urétrale.

Causes. — Il y a pour la blennorrhagie urétrale chez l'homme des prédispositions qu'on peut appeler organiques : ainsi le développement de la verge, l'agrandissement du méat urinaire, l'hypospadias. Ces dispositions favorisent l'introduction du muco-pus dans l'urètre, surtout la dernière anomalie, qui prolonge, pour ainsi dire, le méat vers les bourses, ouvre davantage l'urètre, et met la muqueuse en rapport avec le point du vagin où s'amassent les humeurs. Ces notions étiologiques devront faire éviter autant que possible les débridements du méat qui tendent à l'agrandir.

En traitant de l'étiologie de la blennorrhagie, en général, j'ai cherché à apprécier l'influence de l'âge, du tempérament, des aliments et de quelques états pathologiques antécédents. J'ai dit que les causes directes étaient physiques, chimiques ou pathologiques. Ainsi, un calcul qui passe par l'urètre, une sonde qui le parcourt, une injection irritante, tous ces agents peuvent déterminer la sécrétion du muco-pus. Le coït trop souvent répété, celui qui est exercé avec des organes disproportionnés, la masturbation, le sang des règles, l'ichor du cancer, les lochies, le produit d'un catarrhe utérin ou vaginal, voilà tout autant de causes qui ont été accusées de produire la blennorrhagie.

Je répète à dessein que le pus spécifique, c'est-à-dire le pus contenant le virus syphilitique, est, selon moi, la cause la plus fréquente, la plus puissante de la blennorrhagie. Les auteurs qui ont nié que cette matière virulente pût donner lieu à une blennorrhagie syphilitique, ont admis son action sur les muqueuses comme simple irritant, et en même temps qu'on lui a refusé le pouvoir de produire une blennorrhagie syphilitique primitive, on lui a accordé celui de donner la même maladie, mais sous la forme d'accident secondaire. Le virus doit donc avoir une large place ici, et l'on ne devra jamais l'oublier quand il faudra instituer la thérapeutique. En effet, pour qu'elle soit complète, il faut qu'après les antiblennorrhagiques, on administre le traitement du chancre, bien entendu quand la blennorrhagie sera jugée spécifique.

Siége. — On a voulu préciser le point de l'urètre qui est lésé dans l'espèce de blennorrhagie dont je traite. Il résulte de mes recherches que le commencement de l'urètre est le plus souvent affecté. Ainsi Stoll indique le point de ce canal qui correspond au frein. Desault parle de la fosse naviculaire. Sur les deux suppliciés disséqués par J. Hunter, les deux urètres étaient un peu plus injectés de sang qu'à l'ordinaire, surtout vers le gland. Feu Cullerier mentionne aussi la fosse naviculaire, et, dernièrement, M. Ph. Boyer, ayant fait l'autopsie d'un sujet qui avait une blennorrhagie, nota une rougeur à la partie antérieure du canal. Swediaur prétend même que toutes les blennorrhagies urétrales ont pour siége la fosse naviculaire. Selon lui, quand l'inflammation est plus profonde, c'est qu'elle a été mal traitée, ou bien il y a eu suppression brusque de l'écoulement ou la circonstance d'une cause interne.

Je viens de faire l'autopsie d'un homme de trente-cinq ans qui était entré dans mon service pour une blennorrhagie urétrale commençante. Son admission a eu lieu le 28 février 1854. Il fut pris le surlendemain d'une pneumonie double à laquelle il succomba. L'autopsie, outre

les traces les plus manifestes de l'affection pulmonaire, nous a montré une coloration d'un rouge pointillé commençant au méat de l'urètre et s'étendant à trois centimètres en marchant vers le col vésical. Pendant 4 centimètres la muqueuse restait normale, mais bientôt apparaissait une ligne rouge qui parcourait la face inférieure de l'urètre et allait jusqu'au col vésical, qui était un peu rouge. Le corps de cet organe était très-réduit; les parois étaient épaissies; la muqueuse, très-rouge, formait des plis saillants. Il y avait donc une cystite. Mais je l'attribue à l'action des cantharides, car de grands vésicatoires avaient été appliqués pour le traitement de la double pneumonie.

On a aussi désigné les annexes de l'urètre comme étant le siége de la blennorrhagie dont il s'agit. Astruc parle des vésicules séminales, de la prostate, des glandes de Cowper, des lacunes de l'urètre. Guillaume Rondelet accuse surtout la prostate de la gonorrhée virulente. M. A. Séverin indique l'espèce de lésion de cette glande; ce serait un abcès. On sait qu'avant Morgagni, la plupart des auteurs admettaient des ulcérations qui sécrétaient la matière purulente, laquelle, selon eux, ne pouvait être produite par une muqueuse sans solution de continuité. L'idée de placer la blennorrhagie dans une des glandes annexes de l'urètre a été suggérée par l'abondance de la matière de l'écoulement. Quoi qu'il en soit, c'est réellement la partie antérieure de l'urètre qui est d'abord, et le plus souvent, affectée. C'est là, comme dit M. B. Bell, le premier degré de la blennorrhagie, laquelle, par extension, peut envahir les autres points de l'urètre, et s'étendre, non-seulement aux glandules qui sont semées le long de ce canal, mais encore aux glandes de Cowper, à la prostate, aux vésicules séminales, à la vessie, et remonter jusqu'aux reins. La blennorrhagie a donc réellement occupé tous les siéges indiqués par les auteurs. Seulement il en est qui ne le sont qu'exceptionnellement, et en général il s'agit alors d'une complication, d'un accident. Ainsi certaines prostatites, certaines cystites, ne sont que des complications de la blennorrhagie urétrale; il en est de même de l'inflammation des tissus qui doublent l'urètre, lesquels peuvent s'enflammer au point de suppurer et de donner lieu à des abcès appelés *péri-urétraux*. J'en parlerai quand il sera question des accidents.

Symptômes et marche. — La blennorrhagie apparaît de vingt-quatre heures à trois jours après le coït suspect. « J'ai vu, dit Cullerier l'oncle, par extraordinaire, des écoulements établis du jour au lendemain; j'en ai vu qui ne se montraient qu'au bout d'un mois : j'ai été deux fois témoin de ces deux derniers cas. » Cullerier neveu et M. Rat-

tier parlent d'une blennorrhagie qui ne se serait déclarée que cinq mois après le coït. Voici le fait tel qu'il est rapporté par ces auteurs. « Il y a dans ce moment-ci, à l'hôpital des vénériens, un homme âgé de cinquante-huit ans, d'une bonne constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé, et n'ayant jamais eu d'affection vénérienne. Il vit un jour une femme, avec laquelle quatre autres individus, qui ne furent point affectés, eurent également commerce. Ce ne fut que cinq mois plus tard que se montra la blennorrhagie. Elle dura quinze jours, après lesquels l'écoulement cessa et fut remplacé par des plaques muqueuses à l'anus et au front, affection pour laquelle il est venu réclamer mes soins. Quelle est la cause de ces phénomènes morbides? L'individu n'avait pas eu de rapport avec une femme, si ce n'est plus de huit ans avant le coït auquel se rapporte la maladie; il n'en a pas eu depuis[1]. » Pour moi, je répondrai que de tels faits sont à revoir. De pareils malades doivent subir une enquête habilement dirigée. Quand j'en rencontre, je les interroge et les fais interroger par plusieurs procédés et pendant plusieurs heures. Dernièrement un malade se présente à l'hôpital du Midi avec une blennorrhagie qui datait de trois jours, et cependant il n'avait eu aucun rapport luxurieux, aucun rapport sexuel depuis quatre mois. Je m'emparai de ce malade, je le soumis à une enquête suivie qui nous révéla la vérité. Il y avait cinq jours que ce malade, pour s'amuser, s'était injecté l'urètre avec une seringue qui servait à son ami, lequel avait une chaude-pisse.

Ordinairement l'écoulement n'est pas le premier symptôme qui se manifeste. Quelques malades éprouvent d'abord un prurit particulier au commencement de l'urètre, ou bien une pesanteur au périnée; d'autres ont des tiraillements aux aines; il en est qui se plaignent d'un malaise général ou sont pris de frisson. Quelquefois il y a d'abord tous les symptômes de l'urétrite, moins l'écoulement, ce qui est une espèce de *blennorrhagie sèche*, laquelle ordinairement n'est qu'une phase de la vraie blennorrhagie. Quelquefois, au contraire, c'est l'écoulement qui précède tous les symptômes; le malade aperçoit des taches à sa chemise, et il n'a encore rien éprouvé.

Voici d'ailleurs comment les choses se passent dans le plus grand nombre de cas : Le malade éprouve au commencement de l'urètre une sensation de prurit qui augmente et se convertit bientôt en douleur, surtout au moment de l'émission des urines; vient ensuite un suintement d'une humeur filante, légèrement trouble, qui se dessèche sur le linge. Astruc dit : « Le premier suintement par l'urètre est avec quelque senti-

[1] *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

ment de plaisir et *englue* les lèvres du méat [1]. Cette première humeur qui suinte a l'aspect du mucus nasal; quand elle s'est desséchée, le premier jet d'urine cause une vive douleur en brisant la croûte muqueuse qui se reproduit bientôt. Bientôt les lèvres du méat se gonflent, elles sont plus rouges; la douleur augmente pendant la sortie de l'urine, qui, en parcourant l'urètre, donne lieu à une sensation de brûlure : de là le nom populaire de *chaude-pisse*, celui d'*arsure* et celui d'*incendie intérieur* de la verge, très-anciennement employés. A mesure que la maladie devient plus intense, la douleur semble s'avancer toujours de plus en plus vers le col de la vessie; on la développe en comprimant sur le trajet du canal : on trouve que la sensibilité de l'urètre et l'engorgement de ses parois s'étend peu à peu vers la partie postérieure, et que la matière de l'écoulement qu'on amène au méat arrive tous les jours d'un point plus éloigné. C'est ordinairement au cinquième jour qu'on observe ces symptômes; ils indiquent que l'urétrite est parfaitement établie. Alors, pendant l'émission des urines, la douleur est des plus violentes; elle est prononcée au périnée, et là elle est augmentée quand le malade croise les jambes et pendant la défécation, surtout s'il a des hémorrhoïdes. Le passage du sperme produit aussi de la douleur : lorsque l'inflammation dépasse la portion membraneuse de l'urètre, au moment de l'éjaculation, éclate une douleur déchirante; il semble qu'une forte traction soit exercée sur le canal pour l'arracher. Le sperme sort en bavant, comme par regorgement, et un peu après la contraction des muscles du périnée. Les érections sont douloureuses et d'autant plus fréquentes que le malade garde l'abstinence. On explique la douleur par le passage de l'urine sur la muqueuse enflammée, par l'inflammation elle-même, par l'obstacle dû à la tuméfaction de l'urètre et des conduits éjaculateurs, tuméfaction qui gêne l'émission de l'urine et du sperme.

Le jet d'urine est modifié: quelquefois il se bifurque, toujours il est diminué de volume. Si l'inflammation a gagné la prostate, il peut survenir une rétention complète d'urine.

La composition et l'aspect de l'écoulement varient. C'est un mélange de pus et de mucosité, et, comme on le dit maintenant, du *muco-pus*. Il est d'abord d'un blanc terne d'une consistance crémeuse, il donne sur le jaune, puis sur le vert; il est teint de sang dans les cas suraigus. Astruc dit que l'humeur est d'un jaune verdâtre, comme dans un certain degré de pneumonie. Le sang peut même sortir de l'urètre sous forme d'hémorrhagie.

[1] Astruc, t. III, p. 2.

Par les progrès de la maladie, le prépuce et le gland se tuméfient plus ou moins; le sommet de celui-ci ressemble à une cerise presque mûre. Les tissus sous-jacents à la muqueuse de l'urètre s'engorgent aussi. Les petites glandules où aboutissent les lacunes de Morgagni, les glandes de Cowper, la prostate elle-même, tous ces organes s'enflamment quelquefois; ils suppurent rarement, surtout la dernière glande.

On observe des érections pendant le cours de la blennorrhagie. Lorsque celle-ci est intense et que le sujet est très-nerveux, ces érections peuvent devenir très-fréquentes, douloureuses, très-opiniâtres. C'est alors un accident de la blennorrhagie qu'on appelle la *cordée*. Le malade qui a la *cordée* est souvent tourmenté quand il est au lit. Pendant les accès, la verge est dure, très-sensible, quelquefois même douloureuse. Elle conserve sa direction ordinaire, ou bien elle se courbe : dans le plus grand nombre des cas, c'est en bas, quelquefois sur un des côtés, rarement en haut. Astruc avait déjà signalé cette dernière courbure, B. Bell l'a observée deux foix; je l'ai constatée moi-même. La *cordée* peut avoir lieu à toutes les époques de la blennorrhagie; mais c'est surtout quand l'inflammation est complétement établie, au second degré de B. Bell. On a vu persister la *cordée*, même après la disparition de tous les phénomènes inflammatoires.

Selon Hunter, la *cordée* a deux variétés : une inflammatoire, une spasmodique. Dans la première, l'inflammation ne se limite pas à la muqueuse et aux glandules, elle atteint le tissu réticulaire de l'urètre dans lequel s'épanche une lymphe coagulable; les cellules adhèrent ensemble, les parois perdent leur souplesse, et le canal, ne pouvant suivre les corps caverneux dans leur développement, fait office de la corde qui retient l'arc; d'où la courbure de la verge. C'est pendant l'existence de cette forme de l'urétrite qu'il peut y avoir rupture partielle du canal au moment de l'éjaculation, et on sait que certains malades produisent cette solution de continuité par un coup sur la verge, et cela dans un but curatif. La cordée spasmodique ne serait qu'un phénomène nerveux; elle paraîtrait et disparaîtrait à des époques qui n'ont rien de constant.

Y a-t-il une *blennorrhagie sèche?* D'après Swediaur, l'inflammation de l'urètre devient quelquefois si forte, que la surface interne de cette partie et les orifices des glandes qui la tapissent ne fournissent aucune sécrétion, ce qu'on observe aussi quelquefois pendant l'inflammation de la membrane muqueuse du nez et des poumons. Dans les grands rhumes, tout écoulement est arrêté. Fabre prétend le contraire. C'est, selon lui, quand l'inflammation est plus intense. Il existe dans la

science un très-petit nombre d'observations bien faites, qui constatent l'absence de l'écoulement avec tous les symptômes de la blennorrhagie. J'ai réellement observé des urétrites sans sécrétion morbide aucune. Cullerier et M. Ratier rapportent un fait qui est peut-être le plus authentique de ceux que la science possède. Du reste, cette forme d'urétrite n'est jamais sèche dans toutes ses périodes ; c'est seulement vers le commencement ou vers la fin que l'écoulement manque. C'est pendant cette période qu'elle est devenue sèche chez le malade dont parle Cullerier.

La durée des principaux symptômes de la blennorrhagie est de dix, quinze, vingt jours même : puis ils s'amendent ; alors les douleurs n'ont lieu que pendant l'émission des urines, les érections sont moins fréquentes et la matière de l'écoulement est en moins grande quantité. Du reste, cette humeur devient jaune, puis d'un blanc sale ; elle tend enfin à prendre les caractères du mucus, ce qui est un signe d'une terminaison heureuse. Mais, quand après la cessation des principaux symptômes, la matière de l'écoulement ne revêt pas cette consistance, cette élasticité particulière qui caractérisent le mucus ; quand, au contraire, les gouttes se séparent facilement commes celles d'un lait un peu épais, il y a à craindre un état chronique. Alors l'écoulement prend quelquefois une forme intermittente, il cesse pour revenir encore : il est, comme on le dit vulgairement, *à répétition*. Il consiste parfois en une goutte qui sort tous les matins, si l'on presse le gland avant d'uriner. Les retours s'opèrent par le moindre écart de régime, par le coït, etc. Quelquefois, au contraire, le coït avec une femme saine les fait disparaître pour longtemps. Dans ces différents états, la douleur proprement dite n'existe pas, l'écoulement semble tout à fait passif, rien n'indique la moindre irritation de l'urètre : ce canal semble avoir contracté l'habitude d'une sécrétion anormale qui n'exige aucune congestion inflammatoire pour s'effectuer. C'est là la blennorrhée de Swediaur que je décrirai à part. Ordinairement alors l'urine impressionne le canal, et il semble qu'il n'y ait plus le même rapport entre la sensibilité de l'urètre et les propriétés de ce liquide.

Diagnostic. — Ici la question du chancre larvé surgit encore. Je l'ai déjà traitée en parlant de la blennorrhagie en général. Chez la femme, le spéculum bien appliqué fait reconnaître s'il y a des ulcérations sur le col de la matrice, sur les parois du vagin, ou bien s'il n'y a qu'une inflammation blennorrhagique. Chez l'homme, les difficultés sont grandes, si l'on veut établir le diagnostic d'un chancre profond de l'urètre. On a dit que le cathétérisme indiquerait, là où est le chancre, une inégalité. Mais un épaississement, une lacune de la muqueuse,

pourraient aussi produire le même effet. Vient l'inoculation : or rien de plus incertain que ce moyen, puisque le pus du chancre n'est inoculable qu'à une certaine période, puisqu'au lieu d'inoculer le produit du prétendu chancre profond, on inoculerait surtout le pus fourni par la portion de l'urètre qui est en avant du chancre, là où, selon les partisans de ce procédé de diagnostic, l'inflammation serait simple. Ces difficultés ne sont pas niées par ceux qui ont fait jouer un si grand rôle au chancre urétral dans la production des écoulements virulents. Je répète que n'étant pas convaincu de l'existence du chancre profond, et n'admettant que celui du méat, celui de la fosse naviculaire, celui du commencement même de l'urètre, les difficultés, les incertitudes de l'inoculation me préoccupent moins. Le chancre de l'origine de l'urètre se distingue de la blennorrhagie par une dureté, un empâtement, une douleur sous le gland. En écartant les lèvres du méat, on peut voir quelquefois la surface ulcéreuse. L'humeur qui sort de l'urètre est peu abondante ; c'est un pus mal lié, plutôt séreux que muqueux, et ordinairement il y a bubon inguinal plus ou moins prononcé.

Comme pour toutes les blennorrhagies, il est difficile de distinguer la blennorrhagie urétrale simple, celle qui n'est qu'une inflammation catarrhale, de la blennorrhagie virulente. Mais en parlant de la blennorrhagie en général, j'ai dit que l'incubation, l'écoulement avec une tendance à l'état chronique, devront faire pencher pour l'écoulement spécifique : au contraire, dans les cas où la blennorrhagie est la suite d'un excès de coït, quand sa marche est rapide, le début très-voisin de cet excès, si la terminaison est franche, rapide, il y a de fortes présomptions en faveur d'une blennorrhagie simple. S'il survient des accidents syphilitiques, le diagnostic est fait.

Pronostic. — Le pronostic de l'urétrite est relatif à son siége. Plus l'inflammation devient profonde et se rapproche du col vésical, plus elle est grave. Ce sont les blennorrhagies à tendance chronique, celles qu'on traite mal, qui marchent vers la vessie, qui compromettent la prostate et les vésicules séminales, qui préparent des rétrécissements ; d'où la nécessité d'un traitement rationnel. Les urétrites, chez les vieillards, sont plus menaçantes pour la prostate et la vessie : chez les jeunes sujets, ce sont les testicules qui se prennent plus facilement.

Anatomie pathologique. — Comme on a rarement l'occasion de faire des ouvertures de sujets ayant des blennorrhagies, l'anatomie est ici très-peu riche. Ainsi que je l'ai noté, en parlant de la blennorrhagie en général, on a observé des colorations d'un rouge vif de la membrane muqueuse, des épaississements de cette membrane, des

infiltrations plastiques du tissu cellulaire sous-jacent, des abcès. On observe aussi des ulcérations non syphilitiques dont la réparation par un tissu inodulaire peut donner lieu à un rétrécissement. Cet effet est produit par la réparation de la perte de substance ayant donné passage au pus qui, des tissus entourant l'urètre, est passé dans ce canal. Voyez d'ailleurs ce que j'ai dit sur le *siége* de la blennorrhagie.

Accidents. — J'ai déjà parlé de la cordée. Les autres accidents seront étudiés dans des articles à part et comme des maladies faisant suite à la blennorrhagie.

Traitement. — En parlant de la blennorrhagie en général, j'ai posé les bases de la thérapeutique; je vais maintenant entrer dans les détails et indiquer les procédés qui sont plus particulièrement applicables à la blennorrhagie urétrale. Il est bien entendu que je ne les décrirai pas tous. Il me serait impossible surtout de reproduire toutes les formules. Je choisirai.

1° *Méthode abortive et injections.* — La méthode abortive se présente ici avec ses plus grandes prétentions. 1° Elle se propose d'éteindre rapidement l'inflammation, ce qui préviendrait les accidents de cette maladie; 2° de neutraliser le virus, de le détruire sur place. J'ai fait connaître mon opinion sur cette méthode dans les généralités sur la blennorrhagie. J'ai dit qu'elle serait rationnelle, au début même du mal, avant l'établissement de l'inflammation, au moment de l'inoculation. Or le chirurgien n'assiste presque jamais à ce début. Elle ne serait donc applicable que dans des cas bien exceptionnels. M. Debeney la généralise et l'applique à toutes les périodes de la blennorrhagie, à la blennorrhée, et, selon lui, aucune, même des plus chroniques, ne résiste quand son procédé a été bien suivi. M. Debeney préfère les injections caustiques.

Un reproche très-ancien, très-général et presque populaire adressé aux injections, c'est de produire des rétrécissements. On a répondu que le rétrécissement n'était, en réalité, qu'une urétrite qui s'était trop prolongée; or, le meilleur moyen d'éviter cet accident, c'était de couper court à l'inflammation, de la faire avorter enfin. Cette réponse, déjà vieille, puisqu'elle a d'abord été faite par M. Bell, serait sans réplique si, réellement, on supprimait l'inflammation, si seulement on l'abrégeait. Or, rien de moins prouvé. Pendant une année entière, j'ai employé les injections caustiques contre la blennorrhagie, et une seule fois j'ai obtenu une guérison qui n'a exigé qu'une semaine de traitement. Dans presque tous les autres cas, la cure a été retardée, et trois fois l'urétrite a déterminé d'une manière très-rapide un rétrécissement qui m'a forcé de renoncer aux injections pour employer les antiphlo-

gistiques les plus soutenus, les plus énergiques. Un de ces malades a fini par guérir à la suite d'une dilatation modérée par les bougies de cire jaune ; les deux autres, ennuyés des lenteurs du traitement, ont demandé leur *exeat ;* six sont sortis avec des blennorrhées que je n'ai pu tarir. Parmi ces derniers, plusieurs ont eu probablement des coarctations. On me dira que j'ai opéré à tous les degrés de la blennorrhagie ; c'est vrai ; sans cela, je n'aurais pas par devers moi un nombre considérable d'observations. Je suis persuadé que ceux qui voudraient n'employer la méthode abortive que lorsque l'inflammation est à l'état d'imminence, l'emploieraient bien rarement, par la raison déjà donnée ; il est toujours trop tard quand nous sommes consultés. Ce que je dis de l'inflammation qu'on veut prévenir, je puis le répéter pour l'infection syphilitique qu'on veut éviter. Encore ici, on arrive presque toujours tard. J'ai la conviction que beaucoup de praticiens qui croient n'opérer qu'à la première période de la blennorrhagie, opèrent en réalité à diverses périodes, et sous ce rapport, leur pratique s'éloigne bien moins qu'on ne pense de celle de M. Debeney.

Ainsi, ce que je reproche à la méthode abortive, c'est de ne pas faire avorter, c'est de faire le contraire. Quant aux orchites, aux abcès, aux arthrites, aux ophthalmies qu'on a voulu mettre sur le compte des injections caustiques, je crois qu'on a assombri le tableau, et même beaucoup. J'ai déjà dit qu'une injection caustique avait violemment enflammé l'urètre et la vessie dans une circonstance qui compromit, sinon la vie du malade, du moins la paix de son ménage. C'est d'ailleurs là le plus grave accident aigu observé par moi. Mais les accidents les plus fréquents, les plus redoutables, ne sont pas primitifs ; ils sont tardifs : ce sont, je le répète encore, les rétrécissements. Il est évident qu'une membrane muqueuse cautérisée, brûlée, subira une solution de continuité, une espèce d'ulcération dont la réparation se fera toujours, plus ou moins, au détriment des diamètres, de la souplesse du canal. Ce qui a trompé les médecins de bonne foi sur l'efficacité des injections caustiques, c'est que réellement, après la douleur et les effets instantanés de ce moyen, il y a suppression de l'écoulement, suppression d'un symptôme de la maladie. Mais, on n'a pas supprimé pour cela l'urétrite ; on l'a rendue sèche, voilà tout, et elle ne sera telle que passagèrement, provisoirement. Or, l'injection caustique n'est pas le seul moyen qui sèche ainsi une blennorrhagie ; on peut obtenir le même résultat par tous les moyens énergiques appartenant à la thérapeutique raisonnée ou empirique de la blennorrhagie. Ainsi, le copahu produit souvent cet effet, le cubèbe aussi, et j'ai supprimé plus d'une blennorrhagie par une application de sangsues au périnée. Mais, dans

le plus grand nombre des cas, il y a des retours, et ce sont ces retours qu'il faut noter, qu'on doit savoir avouer, si l'on veut être utile à la science.

Dans les généralités sur la blennorrhagie, j'ai déjà prouvé que la prétention de la faire avorter était fort ancienne. En parlant de la thérapeutique de la blennorrhagie, en général, j'ai fait connaître quelques critiques très-justes d'Astruc. Je vais maintenant transcrire un passage de cet auteur qui prouve que Musitan se flattait de guérir à *l'instant même* : « Prenez de l'eau de plantain, huit onces. Dissolvez-y du mercure doux réduit en poudre impalpable; agitez le tout ensemble, et, avec une seringue d'ivoire, injectez trois fois par jour dans l'urètre une once de cette liqueur après l'avoir fait tiédir. »

M. Debeney, dans un cas qu'il a intitulé *Blennorrhagie avec irritation du col vésical*, employa la formule suivante :

Azotate d'argent cristallisé..........	4 grammes.
Eau distillée......................	30 grammes.

Selon M. Debeney, le chirurgien fera lui-même l'injection; il procédera d'abord à un lavage du canal pour que le muco-pus n'empêche pas l'action directe sur la muqueuse : ce lavage sera fait avec la solution d'azotate d'argent à la dose ordinaire d'un trentième; on laisse échapper le liquide. Immédiatement après il est pratiqué une autre injection qu'on retient environ une minute dans le canal, si l'on veut agir profondément. On fait progresser le liquide par des pressions avec les doigts, lesquelles sont dirigées vers la racine de la verge.

Voici la formule adoptée par M. Ricord et sa manière de procéder[1] :

Azotate d'argent....................	1 gramme.
Eau distillée......................	30 grammes.

Le malade est assis sur le bord d'une chaise ; la verge est légèrement tendue et l'extrémité de la seringue introduite dans le canal. On presse sur les lèvres du méat afin de les appliquer exactement sur la canule. L'injection sera brusque : on surprend ainsi la muqueuse; autrement l'urètre pourrait revenir sur lui-même et s'opposer à la progression du liquide; la moitié du contenu de la seringue suffit pour que tout le canal soit humecté. On avertira le malade des sensations qu'il doit éprouver, car il pourrait attribuer aux progrès de la maladie ce qui n'est qu'une conséquence passagère du traitement. Il éclate de vives douleurs après

[1] M. Debeney a réclamé cette formule.

cette injection, l'écoulement augmente, une exhalation séreuse, séro-sanguinolente ou sanguine se fait à la surface de la muqueuse ; elle est bientôt remplacée par la sécrétion d'un pus phlegmoneux formant bouchon dans l'urètre. La première émission d'urine est extrêmement douloureuse, les douleurs sont au maximum dans la portion de l'urètre qui correspond au gland. Le jet d'urine peut affecter toutes les variétés de formes qu'on observe dans les rétrécissements. Les douleurs peuvent être amoindries si l'on fait uriner les malades, la verge plongée dans l'eau fraîche et s'ils ne font pas d'efforts. Ces accidents cessent dans les vingt-quatre heures. Si l'exhalation sanguine et la suppuration persistent, les injections ne seront répétées qu'après la disparition de ces symptômes.

Chez certains malades la blennorrhagie cesse brusquement après la sortie de quelques globules, la guérison est précédée de la sortie d'un mucus filant qui disparaît bientôt. Quelquefois le muco-pus verdâtre reparaît ; on doit s'attendre alors à la persistance de la blennorrhagie.

Si ce traitement dit abortif échoue, on voit, au troisième jour, que les caractères de la blennorrhagie se reproduisent. Ce temps de répit est quelquefois plus prolongé, et il se passe ainsi cinq à six jours sans que l'écoulement reparaisse. Ce sont ces cas qui ont le plus contribué à faire croire à une guérison complète, quand il n'y avait de supprimé qu'un élément de la maladie, le muco-pus. Mais l'observateur attentif qui suit ces malades, et les interroge avec soin, apprend d'eux qu'il reste dans l'urètre des modifications de la sensibilité, de la chaleur insolite, surtout au moment de l'émission des urines ; quelquefois c'est une véritable douleur, ou bien un prurit et les besoins d'uriner sont plus fréquents. Les faits démontrent enfin que l'urétrite persiste, qu'il reste une urétrite sèche, laquelle reprendra bientôt tous les caractères de la vraie blennorrhagie.

C'est quand l'écoulement revient qu'on répète l'injection, si toutefois elle n'a pas perdu crédit auprès du praticien ou du malade. M. Ricord avoue que l'injection au nitrate d'argent selon la formule qu'il a employée si longtemps peut déterminer des lipothymies, des syncopes, une hémorrhagie, une rétention d'urine. Ajoutez à cela la douleur qui éclate au moment de l'injection, et déjà les inconvénients d'une pareille méthode ne seront plus douteux.

Ce qu'il faut bien savoir, c'est que la méthode abortive de M. Ricord ne se composait pas seulement d'injections plus ou moins violentes, car ce praticien y joignait les balsamiques dont je vais parler bientôt. Or, comme ces balsamiques sont donnés à haute dose, comme ils sont très-énergiques, et peuvent à eux seuls guérir avec rapidité les blen-

norrhagies, on comprend que les auteurs qui ont confondu les résultats de M. Ricord avec les faits de M. Debeney dans une même statistique, ont fourni une preuve bien complète de leur ignorance des règles les plus vulgaires de la véritable numération médicale.

Ce que je viens de dire sur la pratique de M. Ricord est extrait de ses leçons insérées dans la *Gazette des hôpitaux*. Aujourd'hui je trouve dans les additions de la seconde édition de Hunter [1], que cet expérimentateur reconnaît enfin les inconvénients des injections au nitrate d'argent à forte dose, et y a *presque entièrement renoncé*. M. Ricord préfère aujourd'hui la formule suivante :

Eau de rose	200 grammes.
Sulfate de zinc	2 grammes.
Acétate de plomb	2 grammes.

On a tenté les injections au chloroforme. Il a été publié des guérisons qui ressemblent aux faits qu'on a donnés comme favorables aux injections de nitrate d'argent à haute dose. C'est au début que le chloroforme serait employé, c'est-à-dire à la période de la maladie qui n'est presque jamais observée par le médecin.

2° *Balsamiques.* — Je vais étudier maintenant les balsamiques. Il faut placer en première ligne le *copahu*. C'est un oléo-résineux qui découle d'un arbre d'Amérique, des Antilles, et qu'on cultive encore ailleurs. M. Guibourt préfère, pour l'administration intérieure, le copahu de Cayenne. Il peut être administré depuis la dose de 10 gouttes jusqu'à celle de 60 grammes par jour. Mais la dose la plus convenable est celle qui va de 15 à 30 grammes par jour. On la divise en trois prises, chacune est administrée à une heure la plus éloignée possible des repas. On continue jusqu'à cessation complète de la blennorrhagie et même alors on ne discontinue pas complétement le balsamique; la dose est seulement diminuée pour ne la supprimer complétement que huit à dix jours après la guérison apparente. Pur et liquide, le copahu a une action prompte et énergique. Mais le dégoût, les renvois, les vomissements ont obligé les praticiens à avoir recours aux correctifs, aux adjuvants, afin de le faire tolérer par l'estomac. On a donc solidifié le copahu avec la magnésie pour en faire des pilules. Il a été incarcéré dans des capsules. Les pilules, très-dures, sont difficiles à digérer, et sont quelquefois rendues entières par les selles. Les capsules ont quelquefois cet inconvénient. D'ailleurs, sous cette forme, il est difficile d'administrer de fortes doses de copahu, à moins de mul-

[1] P. 157.

tiplier considérablement le nombre des pilules ou capsules, ce qui serait au préjudice de l'estomac. La potion est une forme plus sûre, mais il faut encore ici des correctifs. Je vais les indiquer par des formules. La plus célèbre est celle-ci qui porte le nom de Choppart :

Copahu........................	60 grammes.
Alcool rectifié....................	60 grammes.
Sirop de baume de Tolu	60 grammes.
Eau de menthe poivrée.............	60 grammes.
Eau de fleurs d'oranger............	60 grammes.
Alcool acétique....................	8 grammes.

Malgré ces correctifs, il est des malades qui ne peuvent supporter le copahu ainsi administré. J'en ai vu cependant qui le prenaient sans répugnance; un d'entre eux en était presque gourmand. On donne cette potion par cuillerées, de deux à six par jour.

A l'hôpital du Gros-Caillou, on se trouve bien de la formule de M. Gimelle, que voici :

Copahu............................	12 grammes.
Cubèbe............................	8 grammes.
Vin aromatique	125 grammes.

A prendre en une seule fois après avoir fortement agité la fiole.

Le vin aromatique est là pour prévenir les vomissements.

On a aussi donné le copahu en lavement d'après la formule suivante :

Copahu	22 grammes.
Jaune d'œuf.......................	nº 1.
Extrait gommeux d'opium...........	5 centigram.
Eau...............................	192 grammes.

A garder.

Avant le lavement au copahu, on devra administrer un lavement simple, pour vider l'intestin.

J'ai l'habitude de combiner le copahu avec le cubèbe de la manière suivante :

Copahu........................	1 tiers.
Cubèbe........................	2 tiers.
Essence de menthe.............	q. s.

Faites s. a. un électuaire de 60 grammes à prendre en cinq jours.

Les bols sont faits par le malade; il les revêt de pain azyme. Il est ordinairement guéri après avoir épuisé deux fois cette quantité d'électuaire, bien entendu quand il a été convenablement préparé par les moyens que j'indiquerai bientôt.

Quelques praticiens commencent par de petites doses de copahu, qu'ils élèvent lentement, progressivement, mais jamais très-fortes. Ce mode d'administration est moins efficace et plus compromettant pour le tube digestif.

Les malades auxquels on vient d'administrer le copahu sont pris d'abord d'une soif très-vive, ils ont une sécheresse très-marquée à la gorge, ils boivent abondamment. Il faut les contenir, afin que, rendant moins souvent leurs urines, celles-ci soient pour ainsi dire plus balsamiques, plus imprégnées des principes que le sang leur transmet. Ce ne sont pas là les seuls effets du copahu. Quelquefois il agit sur l'estomac de manière à provoquer des vomissements par le dégoût. Ces vomissements arrivent parfois plus tard et sont dus à une autre modification du ventricule; ils seraient plutôt l'effet alors d'une irritation de cet organe.

Plus souvent c'est l'intestin qui souffre, et les selles sont quelquefois assez copieuses pour constituer une superpurgation. On a observé aussi des vomissements et des selles en même temps, enfin des accidents cholériformes. Quelquefois, au contraire, il y a constipation. Il peut arriver, et ceci est plus heureux, qu'il ne se passe rien d'insolite du côté des voies digestives. Dans les trois cas la blennorrhagie peut être supprimée, et même rapidement. Ce résultat, il faut en convenir, est plus fréquent, plus complet quand les voies digestives ont bien toléré le copahu.

On a voulu expliquer le mode d'action de cette substance. L'école française, en majorité, a attribué la guérison à un déplacement d'une irritation qui se serait portée de l'urètre dans le canal intestinal. L'école italienne ne voit dans le copahu ni irritant ni spécifique, c'est un hyposthénisant antiphlogistique; au lieu d'accélérer le pouls, de lui donner plus de force, comme on le dit généralement, le copahu, au contraire, ralentit et affaiblit le pouls. Selon M. Ricord, il y a un élément du copahu qui passe dans le sang, va dans les reins, lesquels alors sécrètent une urine ayant des propriétés médicatrices qui agissent avantageusement sur la muqueuse de l'urètre. L'action du copahu sur les reins est quelquefois accusée par des douleurs contusives vers les lombes, douleurs qui cessent dès qu'on suspend le copahu, ce qui prouve qu'il ne s'agit pas alors d'une néphrite blennorrhagique.

Peu importent le mode d'action et l'explication, ce qu'il faut retenir, c'est que le copahu est le plus puissant des antiblennorrhagiques. S'il n'est pas souvent employé, c'est qu'il est réellement antipathique à beaucoup de malades, auxquels il inspire un dégoût insurmontable.

Il y a un accident dont je n'ai rien dit encore, et qui pourrait tromper

le jeune praticien : il se passe du côté de la peau. C'est quelquefois un érythème, une variété de roséole, ou une urticaire. On observe plus fréquemment ces effets du copahu au printemps et en automne. Dans le plus grand nombre des cas, cette éruption, qui varie selon les indi vidus, est avec prurit plus ou moins marqué. Le rouge des taches est comme vineux. On rencontre plus souvent cet exanthème comme groupé au niveau des jointures et du côté de l'extension. Il devient très-rarement général. On l'a vu envahir les oreilles, la nuque, le cuir chevelu. Il y a rarement fièvre. Sa guérison est rapide ; elle a quelquefois lieu deux jours après la suspension du copahu, il est rare qu'elle se fasse attendre huit jours. Le printemps et l'été de 1854 ont été fertiles en éruptions de ce genre. L'électuaire que j'administre ordinairement et qui ne contient qu'un tiers de copahu en produisait souvent. Comme il est prouvé que cette éruption ne favorise pas la guérison de la blennorrhagie et qu'elle l'aggraverait plutôt, on fera bien alors de supprimer le copahu, de laisser reposer le malade, auquel on donnera pendant quelque temps une boisson acidulée avant de le soumettre à un autre antiblennorrhagique.

Étudions maintenant le *cubèbe*. C'est une variété de poivre réduit en poudre, laquelle rappelle un peu l'odeur du copahu. Sa saveur est chaude, piquante et un peu amère. Comme je l'ai déjà dit, je mêle souvent cette poudre au copahu pour en composer un électuaire. On en a fait aussi un extrait et on l'a infusé. C'est en poudre que ce poivre est le plus fréquemment administré. On donne deux paquets de 10 et quelquefois de 20 grammes par jour. On est allé quelquefois jusqu'à 70 grammes par jour.

Le cubèbe ne soulève pas l'estomac, n'inspire pas de la répugnance comme le copahu ; il produit moins souvent des vomissements et surtout ne purge pas. Il produit même souvent un effet contraire à ce dernier. Quelquefois l'estomac est tonifié ; l'appétit devient vif et la nutrition plus active. Il est très-rare que le cubèbe produise des éruptions cutanées comme celles du copahu. Cependant il est des cas, peu fréquents à la vérité, où le cubèbe n'est pas mieux supporté que le copahu. Certains sujets ne peuvent même tolérer aucun antiblennorrhagique administré par la bouche et même par le rectum ; ce qu'il y a de plus malheureux, c'est que quelquefois alors les injections ne réussissent pas. Je traite dans ce moment-ci un sujet très-nerveux qui m'offre toutes ces antipathies. Quand on veut administrer le cubèbe, on vide le paquet de poudre dans un demi-verre d'infusion de tilleul et de feuilles d'oranger, ou bien on l'enveloppe dans du pain à cacheter, ou bien on peut l'incarcérer dans des capsules, en faire des dragées.

3° *Traitement de l'auteur.* — Voici ma manière de procéder quand j'ai à traiter une blennorrhagie. Je commence toujours par les antiphlogistiques que je gradue selon la période et l'intensité de la blennorrhagie. Ainsi, dans le plus grand nombre des cas, j'administre d'abord des bains, une tisane adoucissante, et je recommande le repos. Si le sujet est vigoureux, sanguin, si la blennorrhagie est intense, douloureuse, avec érections fréquentes, j'ajoute une émission sanguine : c'est ordinairement une application de vingt sangsues au périnée. Il arrive quelquefois que ces moyens, aidés d'un régime doux, suffisent, c'est-à-dire qu'après huit jours de leur emploi, il y a déclin de la blennorrhagie. Si l'écoulement persiste, j'en viens aux antiblennorrhagiques indirects, au copahu ou au cubèbe, mais le plus souvent, à une combinaison des deux, c'est-à-dire à l'électuaire dont j'ai déjà donné la formule. Après le repos, les bains seuls, ou aidés des sangsues, l'électuaire agit très-rapidement et très-énergiquement ; il est extrêmement rare qu'il produise sur le col de la vessie ces effets qu'on observe, quand il est employé sans antiphlogistiques préalables, effets qui sont marqués par des envies fréquentes d'uriner, par des urines rougeâtres, quelquefois sanguinolentes, ou par une dysurie plus ou moins prononcée.

Jamais je n'en viens, du premier coup, aux injections. Ce moyen n'est employé par moi qu'en troisième lieu, c'est-à-dire quand les antiphlogistiques, quand les antiblennorrhagiques indirects, n'ont pas complétement fait cesser l'écoulement. Alors seulement je permets des injections non caustiques, mais astringentes. Je me sers beaucoup de la formule suivante, qui est ancienne, très-peu en rapport avec les principes de la chimie, mais qui est excellente au point de vue pratique :

Eau de rose......................	150 grammes.
Sous-acétate de plomb............	50 centigram.
Sulfate de zinc....................	50 centigram.

Agitez la fiole. Au moins deux injections, quelquefois quatre par jour.

Quand j'ai recours à l'azotate d'argent, c'est en général comme astringent, et alors je préfère la formule suivante :

Eau de rose......................	200 grammes.
Azotate d'argent..................	2 décigram.

Le nitrate d'argent, comme caustique, sera préférablement employé à l'état solide. On se servira d'un porte-caustique droit pour la première portion de l'urètre, et du porte-caustique courbe de Lallemand pour les portions membraneuse et prostatique. Il ne faut avoir recours

à ce moyen que dans l'état chronique, quand il y a lieu de croire que la blennorrhagie s'est cantonnée sur un point limité de l'urètre.

Un long et fréquent usage de la méthode de traitement que je viens d'exposer, soit à l'hôpital, soit en ville, me permet de soutenir que ses résultats sont plus certains et même plus rapides que ceux qu'on a pu obtenir par les méthodes dont la prétention est de marcher beaucoup plus vite. Dans tous les cas, il est facile de voir que cette méthode n'a ni les inconvénients ni les dangers de celle qu'on appelle *abortive*.

Il est un phénomène bien impatientant pour le malade, et dont j'ai parlé dans la symptomatologie, la *cordée*; c'est une roideur de l'urètre qui ne lui permet pas de suivre les corps caverneux pendant l'érection. Encore ici, dans le plus grand nombre des cas, le premier et le meilleur moyen, c'est une application de sangsues au périnée. Viennent ensuite les calmants proprement dits, l'opium, le camphre, la jusquiame. On combine souvent les deux premiers moyens ainsi :

Camphre	5 décigram.
Extrait d'opium	5 décigram.
Jaune d'œuf	nº 1.
Eau	160 grammes.

Pour un lavement.

Autre lavement :

Eau	200 grammes.
Camphre	50 grammes.
Jaune d'œuf	nº 1.

On préfère en général les pilules suivantes :

Camphre	de 10 à 30 centigram.
Extrait d'opium	de 2 1/2 à 5 centigram.
Mucilage	q. s.

Une, deux ou trois pilules par jour en commençant après midi.

On peut aussi administrer à l'intérieur 30 ou 40 gouttes de laudanum au moment du coucher, ou quand les premières érections ont lieu. La thridace a été aussi administrée avec le camphre d'après la formule suivante :

Thridace	2 grammes.
Camphre	2 grammes.

Faire 15 pillules : en prendre deux par jour.

M. Debout a obtenu de bons effets du lupulin. Je l'ai employé

deux fois avec avantage ; d'autres fois il a produit des effets insignifiants ou nuls.

Les réfrigérants sur les parties génitales, sur les pieds, une promenade sur des dalles froides ; ces moyens ont quelquefois réussi. Le malade sort de son lit, se promène pieds nus et se soulage ainsi. Mais il arrive quelquefois que l'érection n'en devient que plus forte une fois que le malade, remis au lit, s'est réchauffé.

La jusquiame noire a quelquefois été administrée avec succès par B. Bell, et cela quand l'opium avait échoué. Le chirurgien anglais a donné depuis un grain d'extrait jusqu'à huit grains, trois fois le jour ; il est arrivé à cette dernière dose, après avoir accoutumé le malade à ce moyen pendant quelques semaines[1]. Mais, si pendant ces quelques semaines, le malade a souffert de la *cordée*, je crois qu'il eût été préférable de passer à un autre moyen.

On a employé aussi une foule de topiques. J'ai une fois réussi à calmer une *cordée* avec érection très-douloureuse par des onctions mercurielles sur le trajet de l'urètre au-devant des bourses. Je laisse une couche épaisse d'onguent sur la verge après les frictions. On peut appliquer des compresses trempées dans moitié eau fraîche, moitié laudanum ; on en couvrira la verge, le scrotum, le périnée. L'eau-de-vie, l'huile camphrées ont été appliquées de la même manière, ainsi que l'eau blanche. Quand il n'y a qu'érection, qu'un spasme compliquant l'urétrite superficielle, ces moyens réussissent. Mais si la *cordée* dépend d'une inflammation qui gagne les tissus recouverts par la muqueuse, si déjà de la lymphe plastique se répand dans le tissu cellulaire, les antispasmodiques, les calmants pris dans la classe des moyens que je viens d'indiquer échouent ; il faut alors en venir aux antiphlogistiques proprement dits, aux saignées locales et quelquefois à la saignée du bras, surtout si le sujet est jeune, vigoureux, pléthorique. M. Bell a proposé, comme d'autres médecins, d'abaisser la verge, de la lier contre une cuisse. Dans ces derniers temps, on a conseillé de tirer sur le prépuce, de presser sur son extrémité, de le lier même afin d'exercer une espèce de compression sur le gland et la verge par son fourreau. Ces moyens, qui peuvent avoir réussi dans certains cas d'érections non très-douloureuses, seraient insuffisants et pourraient même produire un effet contraire à celui qu'on attend, et cela dans les cas de cordées réellement inflammatoires et douloureuses. Il faut défendre aux gens du peuple ces pratiques barbares qui consistent : 1° à placer la verge sur un corps solide pour la frapper avec le

[1] T. I, p. 246.

poing et rompre ainsi la corde, 2° ou bien à se livrer à la masturbation, 3° enfin au coït. Il arrive quelquefois que, par ces manœuvres, il s'opère une rupture d'un point de l'urètre avec une perte de sang qui semble soulager le malade. Mais le malheureux se prépare ainsi un retrécissement et s'expose à des accidents immédiats qui peuvent devenir mortels. Un infirmier militaire, âgé de 23 ans, atteint depuis plusieurs mois d'une urétrite qui avait résisté au copahu et aux injections, avait essayé de rompre la corde en voyant la même femme qui l'avait infecté. Le coït fut suivi d'une hémorrhagie considérable et d'une aggravation immédiate des accidents inflammatoires : tuméfaction de la verge, ecchymose sous-cutanée très-manifeste, émission des urines suspendue; puis inflammation gangréneuse de la verge, cystite, état typhoïde, et mort au bout de huit jours. Telle fut la marche de la maladie. Les désordres constatés par l'autopsie démontrèrent une inflammation violente de l'appareil urinaire compliquée de péritonite et une déchirure de l'urètre ayant deux centimètres de longueur sur un centimètre et demi de largeur. Cette ouverture aboutissait à une cavité en cul-de-sac creusée par la gangrène et la suppuration entre la paroi urétrale et le tégument pénien [1].

L'hygiène devra être recommandée. Ainsi, on diminuera la quantité des aliments qui seront choisis parmi ceux qui n'excitent pas. On devra dire au malade de ne pas trop se couvrir quand il sera couché, et de faire alors quelques lotions fraîches sur la verge.

Le malade ne manque presque jamais de demander à son médecin l'époque à laquelle il pourra approcher les femmes. Il faut se rappeler ici que rien ne récidive plus facilement que la blennorrhagie et que souvent il reste encore un foyer d'irritation, quand rien ne peut être observé par le médecin, quand rien n'est éprouvé par le malade. On verra souvent un écoulement disparu depuis huit jours se renouveler après une pollution nocturne ou une autre excitation. Ainsi le médecin ne pourrait guère permettre les rapports sexuels qu'après quinze jours d'une disparition entière des symptômes.

§ 1. — *Maladies qui peuvent être considérées comme des accidents, des suites de la blennorrhagie urétrale.*

Ces maladies sont nombreuses, puisque par le fait d'une urétrite, toutes les pièces de l'appareil génito-urinaire peuvent être affectées. Je ne dois cependant m'occuper ici que des accidents les plus prochaine-

[1] Dufour, *Journal de médecine* de Bordeaux, 1853.

ment liés à l'affection primitive, les autres étant étudiés dans tous les livres de chirurgie. Ainsi, les rétrécissements de l'urètre, les affections chroniques de la prostate, les maladies des voies séminales, ne pourraient entrer dans mon cadre qu'en l'élargissant d'une manière disproportionnée [1]. Mais je traiterai successivement de la blennorrhée, qui est, pour ainsi dire, une continuation de la blennorrhagie; des abcès peri-urétraux; des douleurs, des sensations perverties de l'urètre; puis de l'orchite, de la prostatite, de la cystite, de la néphrite, de l'arthrite, de l'ophthalmie blennorrhagiques, accidents quelquefois très-graves qu'il faut chercher à prévenir, qu'on doit souvent combattre, et dont l'étude ne peut être séparée de la lésion urétrale.

BLENNORRHÉE.

D'après Swediaur, la *blennorrhée* est l'écoulement passif (*fluxus passivus*), comme la *blennorrhagie* est l'écoulement actif, inflammatoire (*fluxus activus*). Tout en acceptant la dénomination de Swediaur, parce qu'elle est généralement admise, je ne puis lui conserver, au moins pour la majorité des cas, le sens que lui donne le syphiliographe anglais, parce que, dans mon opinion, la blennorrhée, c'est-à-dire l'écoulement qui survient, en général, après l'écoulement blennorrhagique, ou qui le continue, qui est plus muqueux et moins abondant, écoulement qui persiste ou cesse momentanément pour revenir encore, enfin cet état qu'on a appelé aussi *suintement habituel, goutte militaire*; cela n'est autre qu'une inflammation chronique de l'urètre avec ou sans complication d'une inflammation analogue dans les annexes de ce canal. J'ai déjà fait entendre que cette opinion ne doit pas être acceptée dans son sens le plus absolu, car il peut s'établir des *suintements* sans blennorrhagie préalable, c'est-à-dire sans écoulement aigu. Je ne voudrais donc pas nier l'écoulement passif ou du moins tout à fait indépendant d'une urétrite actuelle ou déjà éteinte.

Le point où la blennorrhagie cesse et où la blennorrhée commence n'est pas facile à fixer. Il est des auteurs qui professent que l'écoulement cesse d'être blennorrhagique et devient *suintement* quand il n'est plus contagieux. Pour d'autres, ce serait quand il n'est plus trouble, quand il devient transparent, gluant comme du mucus. Mais on sait combien sont infidèles les moyens de constater la contagion d'un écoulement urétral, et quant à la transparence, à son état muqueux, il est d'observation que ce caractère peut changer d'un jour à l'autre. En

[1] Voyez d'ailleurs mon Traité de *pathologie externe* et de *médecine opératoire*.

effet, la goutte, qui aujourd'hui sera transparente, muqueuse, pourra demain être opaque et plus ou moins purulente, et cela sous l'influence du moindre écart de régime. Du reste, l'idée qu'on doit se faire de la blennorrhée sera mieux comprise quand j'aurai exposé ses causes.

Causes.— La principale, la plus fréquente cause du *suintement* est la permanence de l'urétrite qui produisait l'écoulement blennorrhagique, mais avec le caractère de chronicité. Pour moi, la blennorrhée est surtout une blennorrhagie chronique. En effet, lorsque après quarante, cinquante jours, l'écoulement blennorrhagique ne cesse pas ou cesse pour se reproduire, l'état chronique est à craindre. Alors, si l'on observe bien et le malade et ce qui l'entoure, on trouve que son hygiène n'est pas régulière, qu'il a abusé des bains, des liqueurs fermentées, de l'équitation, que son tempérament est lymphatique ou bilieux ; ou bien il y a en lui un vice scrofuleux, rhumatismal, dartreux ou syphilitique.

M. Cazenave fait une large part à la syphilis dans l'étiologie de la blennorrhée. Selon lui, tous ces écoulements peu abondants qui se perpétuent, qui se répètent, sont dus à une disposition morbide laissée par le virus qui a d'abord impressionné l'urètre : les blennorrhées, enfin, ne seraient que des restes d'une blennorrhagie virulente non entièrement guérie.

Quand on ne peut supposer une diathèse ou un vice particulier, on trouve que le malade ne s'est pas soumis aux règles de l'hygiène ; pendant le traitement, au déclin de la blennorrhagie, il n'a pu garder le repos nécessaire, il n'a pas su s'abstenir de certains aliments, de certaines boissons; enfin son hygiène a été irrégulière, comme je l'ai déjà dit. Il faut surtout noter la fréquentation des femmes même sans coït et l'abus des plaisirs solitaires. Parmi les blennorrhées que j'ai traitées en ville, j'en compte beaucoup que je puis attribuer à la présence d'une compagne auprès de laquelle le malade ne pouvait pas toujours rester insensible, et dans mon hôpital, j'ai pu savoir que les malades les plus jeunes, qui avaient des écoulements opiniâtres, étaient enclins à la masturbation.

Il ne faut pas omettre dans l'étiologie l'absence de toute thérapeutique ou un traitement mal dirigé. En parlant de celui de la blennorrhagie, j'ai signalé comme cause d'urétrite chronique le traitement dit abortif, parce que c'est, selon moi, celui qui fait le moins avorter et qui prolonge le plus la maladie.

Si l'on jette un coup d'œil général sur ces causes, on trouve qu'elles sont de deux ordres : les unes diathésiques, les autres irritantes, excitantes. Les premières sont celles qui impriment aux blennorrhagies un

caractère de chronicité et de spécificité qui les rend extrêmement rebelles au traitement. Ce sont alors des cas compliqués, car il y a eu d'abord l'élément inflammatoire auquel s'est ajouté l'élément rhumatismal, dartreux, strumeux ou syphilitique. On prévoit déjà ici les embarras de la thérapeutique, qui sera surtout en défaut si la complication a sa source dans la constitution même de l'individu. Ainsi il est des sujets à dispositions catarrhales, à écoulements, sans provocation aucune, par les oreilles, le nez, les yeux, qui, une fois atteints de blennorrhagie, ne voient plus la fin de l'écoulement. Ce sont ces malades qui peuvent avoir des *suintements* d'emblée, c'est-à-dire des blennorrhées qui n'ont pas été préalablement des blennorrhagies. Les causes excitantes sont surtout dans les écarts d'hygiène. Le malade se livre trop à son travail, ne cesse pas ses rapports plus ou moins luxurieux, et ne choisit pas ses aliments.

Siége et caractères anatomiques. — J'ai déjà établi que le siége premier de la blennorrhagie était au commencement de l'urètre, sur le point le plus voisin du gland. Le siége le plus ordinaire de la blennorrhée est, au contraire, vers la fin de l'urètre, sur le point le plus voisin de la prostate. M. Baumès est très-explicite sur ce point. Cependant, on a vu des blennorhées dont le point de départ était moins profond. Il en est même dont le siége est semblable à celui de la blennorrhagie commençante. Il arrive, en effet, que l'urétrite devient chronique là où elle a été primitivement aiguë. J'en ai la conviction ; car, en touchant la fosse naviculaire avec l'azotate d'argent, j'ai dompté des blennorrhées très-tenaces. Quand la blennorrhée est le symptôme d'un rétrécissement, c'est en général vers la courbure de l'urètre qu'on trouve la lésion matérielle, c'est-à-dire l'épaississement, l'induration du tissu cellulaire sous-muqueux. Il est quelquefois difficile d'assigner le siége, les caractères anatomiques de la blennorrhée ; alors elle résulte de cette disposition aux sécrétions muqueuses dont je viens de parler en traitant des causes. La muqueuse de l'urètre peut dans ces cas conserver l'aspect normal, comme on le voit pour la muqueuse nasale, même pendant qu'elle est dans un état d'hypersécrétion très-marqué.

Symptômes. — Le suintement n'est pas toujours continu; souvent il offre une espèce d'intermittence. Ainsi il arrive que le méat urinaire est toujours humecté, et les linges en contact avec lui sont toujours plus ou moins tachés, ou bien l'humeur paraît plus particulièrement à certains moments : ce sera le matin, ou après un léger exercice, ou après le repas. Quelquefois ce n'est que quand, par des pressions de l'urètre d'arrière en avant, on ramène l'humeur dans ce sens. C'est ce qui arrive lorsque le suintement a pour point de départ les parties

profondes du canal. Il est alors épais, visqueux, en très-petite quantité; étant entraîné de temps en temps par l'urine, il se présente rarement de lui-même au méat, ou ce n'est tout au plus que le matin, lorsque l'urine n'a pas été expulsée pendant la nuit. Si le siége de la blennorrhée est à la fosse naviculaire, on peut, en quelque sorte, obtenir à volonté la goutte; il n'y a qu'à presser sur le gland. Cette partie est alors assez souvent sensible à cette pression. Elle est un peu engorgée; l'une ou l'autre des lèvres du méat, et quelquefois les deux, sont violacées; en les écartant, l'urètre paraît d'un rouge violet. Si le siége de la sécrétion est dans les parties profondes du canal, il peut paraître sans pression, le long du canal; mais il faut pour cela une certaine abondance de la matière sécrétée. Ainsi la quantité, la consistance, la viscosité de l'humeur, l'excrétion plus ou moins fréquente de l'urine, peuvent avoir de l'influence sur la manière dont l'écoulement se présente à l'observateur. Dans tous les cas, les diverses positions de la verge doivent plus ou moins favoriser l'apparition au méat de la matière du suintement.

L'humeur peut être tout à fait transparente, gluante, comme le dit B. Bell, et c'est alors qu'on la croit non contagieuse; elle peut être d'un blanc grisâtre, d'un blanc laiteux; le pus est plus ou moins combiné, plus ou moins séparé du mucus. Les taches du linge sont ordinairement d'un jaune très-pâle; quelquefois elles paraissent à peine sur la chemise; elles sont d'un blanc grisâtre; le plus souvent il y a un point central un peu foncé, le reste est très-clair. Quelquefois le linge qui vient d'être imprégné a une odeur fade et aigrelette. D'après Hunter, quand les globules du pus, au lieu de nager dans la sérosité, sont suspendus dans un mucus filant, on ne doit plus craindre la contagion. M. Baumès est moins rassurant. Selon le médecin de Lyon, lorsque l'écoulement est simplement muqueux, transparent, limpide, incolore, filant, glaireux, il paraît moins contagiéux; mais, même avec ces caractères, et sans globules purulents, l'écoulement peut encore être contagieux; seulement la contagion est alors moins fréquente, voilà tout.

En général, la blennorrhée n'est pas douloureuse; cependant la sensibilité de l'urètre n'est pas normale; le malade parle de démangeaisons dans le canal, vers le périnée où il y a aussi une certaine pesanteur, ou bien il éprouve une sensation vermiculaire qui de l'urètre s'étend au rectum, et qu'il rapporte surtout à cette partie. Quelquefois même c'est pour cette incommodité, et non pour la lésion de l'urètre, qu'il consulte. Il croit, le plus souvent, avoir des vers ascarides dans le rectum. Je le répète, dans la blennorrhée, il y a absence

de douleur proprement dite, et quand, à la suite d'un excès, elle se manifeste, elle a lieu vers le gland, au moment où l'urine arrive à la fosse naviculaire, ou lorsque les dernières gouttes sont rendues. C'est alors le commencement de l'urètre qui est enflammé chroniquement. Les mêmes douleurs peuvent exister dans les cas d'inflammation de la portion la plus profonde de l'urètre, là où est le siége le plus fréquent de la lésion quand l'urétrite est devenue ancienne. Mais alors aux douleurs se joignent des ardeurs vers le col de la vessie, des besoins fréquents d'uriner ; il y a plus ou moins de dépôt dans les urines ; on observe des symptômes de la cystite du col. Du reste tous les symptômes peuvent varier, surtout celui qui porte sur la couleur de l'écoulement, sur la quantité. Il arrive même quelquefois que la blennorrhée la plus chronique passe subitement à l'état aigu. Les malades, en général, sont enchantés de ce changement qui peut amener leur guérison. Leur espoir n'est pas toujours trompé. Au moment où ceci est écrit j'ai sous mes yeux un sujet qui a vu une blennorrhée des plus désespérantes passer à l'état de blennorrhagie, laquelle ayant été promptement guérie rien n'a plus reparu. Mais en général, après la blennorrhagie la blennorrhée revient pour s'éterniser, surtout si l'inflammation intermittente n'est pas convenablement traitée. Le sujet dont je viens de parler fut traité de sa blennorrhagie avec énergie. C'est ce qui assura sa guérison. Du moins, je le crois.

Diagnostic. — Le diagnostic de la blennorrhée, en général, n'est pas difficile. La difficulté est dans la distinction des cas qui sont contagieux de ceux qui ne le sont pas. Ce qu'on peut dire de moins incertain, c'est que, quand l'écoulement est tout à fait muqueux, sans mélange de pus, la contagion est moins à craindre ; ce qu'on peut avancer de plus hasardé, c'est que, quand l'écoulement revêt ces caractères, il y a déjà longtemps qu'il n'est plus contagieux. Il est évident que beaucoup de suintements, même très-troubles, très-peu tenaces, comme laiteux, quelquefois même manifestement colorés, sont souvent inoffensifs, et que les femmes n'ont nullement été compromises par leurs rapports avec certains porteurs de *gouttes*. Mais, à côté de ces faits assez nombreux, on trouve des exceptions qui ont été la cause de plus d'un malheur domestique. Je connais deux cas de contagion par des *gouttes* qu'on traitait très-légèrement, malgré lesquelles le mariage fut permis. Ils ont été cependant la cause de deux séparations. Une des femmes contaminées a mis au jour un enfant qui a succombé à trois mois et couvert de pustules. Ainsi la plus grande incertitude régnant sur les moyens de distinguer si un suintement est contagieux ou non, le praticien devra toujours le consi-

lérer comme contagieux, quand il sera consulté par un homme ortant la goutte et demandant s'il peut se marier.

Pronostic. — La blennorrhée étant, dans le plus grand nombre les cas, une urétrite chronique dont le siége est à la partie la plus pro-onde du canal, là où sont les orifices des canaux éjaculateurs et touchant la prostate et au col vésical, on comprend que, sous une excitation uelconque, une cause provocatrice, cette inflammation peut s'étendre ux vésicules séminales, à la vessie et à la glande que je viens de ommer. Ainsi, il n'est pas rare d'observer des désordres du côté des ésicules séminales, des pertes nocturnes, diurnes, à la suite de ces nflammations d'abord urétrales qui se sont propagées dans le voisi-age. Plus d'un catarrhe vésical a été causé par une blennorrhée sur-xcitée. Les engorgements prostatiques ont souvent ce point de départ; 'est incontestable pour l'âge adulte. Chez les vieillards, ils peuvent tre dus à l'hypertrophie spontanée sans inflammation préalable de 'urètre; c'est là une vérité reconnue. Mais prétendre, comme I. A. Mercier, que l'urétrite est absolument étrangère au développe-nent de cette hypertrophie, ce serait aller trop loin. Je pense, au con-raire, que dans l'étiologie des engorgements prostatiques des vieillards, l faut tenir grand compte de l'urétrite. Si, pendant l'examen des anté-cédents, on ne l'a pas trouvée, c'est quelquefois parce qu'elle était très-éloignée, parce qu'elle avait existé à un âge oublieux, ou dont on veut oublier quelques détails. Le pronostic de la blennorrhée est donc grave, au point de vue de la femme qui doit avoir des rapports avec l'homme affecté de blennorrhée, au point de vue de la santé, de la constitution des enfants qui peuvent naître de ces rapports, au point de vue du por-teur lui-même de ce suintement.

J'ai déjà parlé des dangers de l'urétrite lorsqu'elle devenait extensive : elle est encore très à craindre quand elle se concentre sur un point très-limité, car c'est alors que le tissu cellulaire sous-muqueux s'engorge, se condense, et qu'il se forme des rétrécissements.

Le suintement, même inoffensif au point de vue de la contagion, celui qui n'a en rien entravé les fonctions des organes génito-urinaires, peut avoir une influence désastreuse sur le moral. On ne saurait croire ce que peut, quelquefois, sur l'esprit la circonstance seule d'une *goutte* d'humeur qui apparaît dans un moment de la journée au méat urinaire. Tous ceux qui sont souvent consultés pour des affections vénériennes savent le désespoir de certains malades et possèdent des lettres écrites par eux dans les termes les plus sombres. D'autres, au contraire, sont très-insoucieux de cet état : ce sont les plus compromettants pour les femmes.

Traitement. — Ici, on devra prendre en grande considération

toutes les causes que j'ai fait connaître en commençant. Mais la base principale sera fournie par l'idée que j'ai constamment cherché à mettre en relief, l'idée de l'urétrite. Tout praticien qui s'inspirera de cette idée peut compter sur des succès bien plus fréquents, bien plus assurés que celui qui choisira l'idée contraire. Ainsi, pour moi, la base principale de la thérapeutique de la blennorrhée n'est autre que celle de la thérapeutique de la blennorrhagie. Dans les deux cas, c'est l'urétrite que je poursuis. Je me conforme surtout à ce principe quand la blennorrhagie n'a pas été traitée ou quand elle a été mal traitée, si l'on n'a pas employé d'abord des antiphlogistiques, si les règles de l'hygiène n'ont pas été observées, et quand la convalescence de la blennorrhagie n'a pas été observée. Dans les cas où ces principes ont été observés, si l'on s'est soumis à ces règles, je n'insiste pas sur les antiphlogistiques, et j'ai plutôt recours aux astringents directs, aux dérivatifs, enfin aux moyens qu'on met généralement en usage pour combattre la blennorrhée, non comme symptôme d'une inflammation, mais comme maladie essentiellement catarrhale.

Ce n'est pas le lieu de tracer les règles du traitement qui s'adresse à toute la constitution, aux diathèses. Je dirai seulement que quand on peut soupçonner l'élément rhumatismal, alors le changement de climat, une habitation sèche et chaude, les bains de vapeur, les aloëtiques, devront avoir de très-bons résultats. Ce sont surtout les blennorrhées de cette catégorie qu'on a vues disparaître à la suite de l'exercice du cheval, après une saison de chasse, après un voyage dans un climat chaud, surtout quand une sueur supprimée a été rappelée ou quand une nouvelle s'est établie. Si l'élément strumeux est soupçonné, on pourra avoir recours aux préparations d'iode. C'est dans cette catégorie que doivent être rangés les cas de succès des bains de mer si vantés par Hunter. Dans les cas où le principe dartreux vient compliquer la blennorrhagie et la faire passer à l'état de blennorrhée très-rebelle, on devra répéter les purgatifs, préférer les sels, éloigner le régime irritant, tout excitant diffusible, sans cependant proscrire les toniques proprement dits. C'est dans quelques cas de blennorrhée coïncidant avec l'eczéma et avec le tempérament muqueux dont j'ai parlé tantôt, c'est alors que j'ai recours avec avantage aux préparations ferrugineuses administrées à l'intérieur : ainsi les pilules de Valette ou des dragées ferrugineuses que je fais faire. Celles-ci contiennent 5 centigrammes chacune de lactate de fer. J'en donne d'abord trois par jour, et les malades vont jusqu'à six, huit, si l'estomac se montre tolérant, si la constipation n'est pas très-opiniâtre.

Les dérivatifs, tels que vésicatoires, cautères, appliqués plus ou moins

près de l'urètre, doivent être préférés dans les cas où le rhumatisme et les dartres entrent comme élément complicatif. B. Bell louait beaucoup le vésicatoire appliqué sur le périnée. Dans ces derniers temps, on est revenu à l'emploi de ce moyen, même pendant les périodes aiguës de l'urétrite. Dans la blennorrhagie, on l'appliquerait sur le trajet de l'urètre au-devant des bourses. Mais, ce moyen il a été employé concurremment ou immédiatement après certaines injections, on ne peut rien dire sur ses effets réels. Il faudra toujours le considérer comme un moyen à employer après les autres, qui sont moins douloureux et ont moins d'inconvénients.

Quand il y aura lieu de supposer que la blennorrhée est un accident syphilitique primitif qui s'est prolongé ou un accident consécutif, on devra suivre le traitement général de la vérole.

Les antiblennorrhagiques directs et indirects ont dû nécessairement être dirigés contre la blennorrhée : ainsi le cubèbe, le copahu. Si la blennorrhée fait suite à une blennorrhagie manquée, c'est-à-dire dont la guérison n'a pu s'effectuer, soit parce que le traitement a été mal institué ou mal suivi, soit parce que la convalescence n'a pas été faite, alors, après des applications de sangsues au périnée, sur le trajet de la portion antiscrotale de l'urètre, on donnera le copahu, le cubèbe, et plus souvent la combinaison des deux avec lesquels je compose un électuaire suivant la formule que j'ai fait connaître quand il s'est agi du traitement de la blennorrhagie. Mais on n'enlève pas une blennorrhée comme une blennorrhagie, et ces moyens longtemps continués, à la dose que j'ai indiquée, pourraient singulièrement fatiguer les voies digestives; il faut donc affaiblir les doses, suspendre même de temps en temps ces médicaments, ou leur substituer la térébenthine dont le malade prendra jusqu'à 4 grammes par jour. Si l'estomac est encore intolérant, on en vient aux injections. On les a énormément variées. Ici je reprends celles que j'ai formulées au traitement de la blennorrhagie. Tantôt j'injecte 150 grammes d'eau avec 50 centigrammes de sulfate de zinc et d'acétate de plomb ; tantôt je me sers de l'azotate d'argent ; 5 centigrammes de ce sel pour 50 grammes d'eau. Les injections seront plus souvent répétées que pour la blennorrhagie. Dans certains cas rebelles, on n'injectera pas seulement deux fois, quatre fois par jour, mais on pourra employer les injections coup sur coup. Je dois plus d'un succès à cette manière de se servir du liquide astringent. Je préfère alors l'injection au sulfate de zinc et à l'acétate de plomb. Quelquefois j'ai seulement employé l'eau fraîche.

On peut aussi se servir de la formule n° 18 de B. Bell, qui doit être traduite ainsi :

Sulfate de zinc....................	2 grammes.
Eau distillée.......................	280 grammes.

On pourra faire suivre cette injection de celle-ci :

Sulfate d'alumine et de potasse..	1 à 2 grammes.
Eau distillée...................	60 grammes.

On a beaucoup employé les injections vineuses avec des astringents végétaux, selon les formules que voici :

Gros vin rouge du Midi...........	60 grammes.
Tannin pur.......................	5 centigram.

Gros vin rouge....................	60 grammes.
Quinquina rouge..................	4 grammes.

Faites macérer pendant quarante-huit heures.

On s'est proposé aussi d'agir par les injections sur la cause, sur le vice qui entretenait la blennorrhée. Dans le cas où l'on supposait les scrofules, M. Ricord a expérimenté les injections à l'iodure de fer (1 grain d'iodure de fer par once); puis il est allé jusqu'à 18 grains pour la même quantité de liquide. Certains malades, porteurs de blennorrhées tenaces, ont été guéris en quatre ou cinq jours. Chez d'autres, l'injection a ramené l'état aigu; au lieu du muco-pus, on a vu couler une sérosité sanguinolente, et après la cessation de ces injections, l'écoulement a tari. D'autres malades ont été très-irrités et non guéris. Il est très-probable que ces injections iodurées sont tout simplement des injections irritantes et non antidiathésiques.

L'injection la plus douce peut irriter le canal au point d'obliger le praticien à les suspendre pour y avoir recours de nouveau quelques jours après. Si, à cette reprise, l'irritation revient, si surtout elle se reproduit plus vive, il faut renoncer aux injections, ou du moins à la formule qui a donné de pareils résultats.

Il arrive souvent, lorsque les moyens préalables ont été employés et que l'injection a été bien choisie, que le suintement diminue; on continue alors à injecter jusqu'à cessation complète. On en fera même encore une dizaine environ, en les éloignant de manière à mettre, entre elles, deux ou trois jours d'intervalle. Quelquefois, sans augmenter l'irritation urétrale, sans faire renaître l'inflammation, l'injection a pour premier effet d'augmenter l'écoulement; il faudra la suspendre alors après quatre ou cinq jours d'expérience. Si, après ce temps, on

constate une diminution de suintement, on reprend l'injection, et il est probable qu'alors le succès sera complet.

J'ai déjà dit que les injections caustiques étaient employées non-seulement contre l'état aigu, la blennorrhagie, mais aussi contre l'état chronique, la blennorrhée. Il arrive souvent alors qu'après les effets instantanés, primitifs du caustique, on observe une disparition de la *goutte*. Mais prenez-y garde, la maladie peut n'être que masquée; on a alors une blennorrhagie sèche, une inflammation urétrale sans sécrétion, qui, en devenant moins intense, reproduira les effets qui n'avaient été qu'ajournés; car la cause revenant, c'est-à-dire l'irritation de l'urètre ramenée à son premier état, reproduira le même suintement avec son même caractère de ténacité, si même il n'est pas encore plus persistant.

Je ne proscris pas les caustiques du traitement des écoulements urétraux, même de ceux qui sont liés à un état inflammatoire, car l'analogie me force à les admettre et la clinique m'a déjà fourni assez de faits pour confirmer l'analogie. Ainsi, la cautérisation légère du commencement de l'urètre, la cautérisation de la portion profonde de ce canal, est rationnelle, car alors on n'agit que sur le point malade; c'est de cette manière qu'on modifie la muqueuse oculaire dans certaines de ses inflammations. Quand le siége de la blennorrhée est profond, il est difficile de bien le préciser, de bien l'attaquer et de n'attaquer que lui. On devra, avant d'avoir recours au porte-caustique, explorer le canal de l'urètre avec des sondes ordinaires, avec des bougies. Au moment où l'instrument explorateur passe sur le point enflammé ou induré, le malade accuse une douleur quelquefois vive, et le chirurgien sent que le bout de l'instrument ne glisse pas aussi facilement; son trajet est moins égal, il rencontre un petit embarras, une rugosité. J'avoue que cette exploration n'est pas facile; je crois qu'on n'arrive à en tirer parti qu'après une longue habitude; mais on y arrive. M. Baumès, par exemple, en fait un guide de sa pratique. On évitera de confondre les deux sensations mentionnées, celle que le malade éprouve et celle du chirurgien, avec les sensations qui ont lieu aussi au moment où l'instrument franchit la courbure de l'urètre, au moment où il pénètre dans la vessie, quand on va trop loin. Une fois le point sensible et rugueux atteint par l'instrument explorateur, il faut mesurer sur lui la distance, la rapporter au porte-caustique, et introduire celui-ci dans l'urètre. Quand on a démasqué le caustique, on le fait tourner rapidement sur son axe, pour que la cuvette agisse circulairement. Un bain sera donné après cette petite opération, qu'on peut répéter à deux, trois ou quatre jours d'intervalle, selon les effets produits.

Il a été fait quelquefois usage de bougies enduites d'une pommade plus ou moins irritante, ou calmante, ou sédative : ainsi la pommade d'azotate d'argent (5 centigrammes azotate d'argent par 4 grammes axonge), puis celle au camphre. J'ai quelquefois employé utilement la pommade suivante :

Onguent mercuriel..................	1 tiers.
Extrait de belladone................	2 tiers.

On s'est borné, dans certains cas, à l'onguent mercuriel ou au cérat mercuriel. On applique aussi les bougies à nu : elles agissent alors comme agents physiques ; elles modifient la sensibilité de l'urètre, tannent, pour ainsi dire, la membrane muqueuse qui change alors son mode de sécrétion. J'ai employé ce moyen avec le plus grand avantage, surtout dans deux cas qui m'ont été offerts par deux malades très-bien placés dans la société, et préoccupés de cette *goutte* au point de considérer la vie comme un fardeau. Je me sers ordinairement de bougies de cire jaune.

Le vésicatoire au périnée et les bougies étaient considérés par B. Bell comme les moyens les plus efficaces. Ce praticien a insisté sur leur usage et a tracé quelques règles d'application. Il faut, selon lui, choisir des bougies fort douces qui stimulent légèrement les parties sans exciter d'inflammation : elles deviennent souvent extrêmement utiles, non-seulement en stimulant ainsi les parties affaiblies, mais en les soutenant par leur volume et par leurs formes ; elles sont moins dangereuses que les injections, lors même qu'elles stimulent plus qu'on ne le voulait ou qu'on ne s'y attendait, car l'inflammation qui peut alors survenir est toujours accompagnée d'un écoulement passager très-propre à prévenir les inconvénients qui pourraient résulter de leur usage.

Les bougies seront aussi grosses que peut le permettre la capacité de l'urètre. Selon B. Bell, il est plus essentiel dans cette variété de suintement que dans toute autre maladie, que les bougies soient d'une grosseur raisonnable, car c'est surtout en raison de leur volume qu'elles réussissent dans ce cas. On reconnaît, en général, au bout de peu de jours, si les bougies devront être utiles ou non ; on ne doit néanmoins jamais en espérer un avantage durable, si on ne les continue fort longtemps. Les suintements anciens exigent l'usage des bougies pendant dix ou même douze semaines ; elles ne sont abandonnées que quand la guérison est accomplie. Il est bon cependant de les suspendre à différents intervalles pour reconnaître leurs effets. Tant qu'on les in-

troduit tous les jours, il n'est pas possible de s'assurer si l'écoulement qui a lieu est une suite de la maladie ou de l'irritation qu'elles excitent; aucune ne peut rester un certain temps dans l'urètre, même d'une personne saine, sans se trouver, quand on la retire, couverte de pus ou de mucus puriforme.

Il vaut mieux introduire les bougies deux ou trois fois par jour, et ne les laisser dans l'urètre que dix minutes ou un quart d'heure, que de les mettre à demeure ou d'employer des sondes. Quelquefois, non-seulement le suintement est augmenté par ces instruments, mais il surgit une vraie blennorrhagie, surtout quand on a laissé les sondes à demeure. Il faut alors suspendre l'emploi de ces moyens. On devra surtout les mettre de côté, s'il survient des envies fréquentes d'uriner, les symptômes d'une cystite du col. Après avoir calmé l'inflammation, on verra si le suintement disparaît complétement. S'il n'en est pas ainsi, on reviendra aux bougies, mais avec beaucoup de prudence. Il faudra particulièrement éviter de les enfoncer trop profondément, comme cela arrive souvent aux malades et aux jeunes praticiens.

Le médecin devra prendre en considération la constitution du malade, et ici la diathèse et la disposition générale doivent avoir une grande influence sur les indications. Ainsi, comme je l'ai dit, j'ai obtenu de bons effets des dragées de lactate de fer de 5 centigrammes chacune. On a, dans quelques cas, obtenu de bons effets d'une boisson composée avec un litre eau de goudron, 10 grammes citrate de fer, 500 grammes sirop de Tolu. M. Ricord donne souvent la décoction d'*uva ursi* à quatre verres par jour, en l'édulcorant avec le sirop de Tolu et ajoutant le cachou.

Le *suintement*, qui a été rebelle à tous les moyens que j'ai fait connaître et à ceux que j'ai omis, disparaît quelquefois sans qu'on sache comment. Le coït a produit cet effet. Enfin, il est des blennorrhées qui résistent à tout, même au temps, et qui, après avoir été le symptôme d'une forme de l'inflammation de l'urètre, accusent un rétrécissement, une affection de la prostate, de la vessie, ou se compliquent de pertes séminales. Le traitement doit alors être modifié selon ces complications.

ABCÈS PÉRI-URÉTRAUX.

J'appelle ainsi des collections purulentes qui se forment plus ou moins près de l'urètre, et dans le plus grand nombre des cas, lorsque la blennorrhagie a été intense. C'est ordinairement à la période aiguë qu'on observe l'extension de la phlegmasie muqueuse au tissu cellulaire qui

double l'urètre et à de petites glandes annexes de ce canal (glandes de Cooper). Un traitement mal dirigé, la marche forcée, des excitations, une rupture de l'urètre, peuvent être la cause de cet accident. On observe le plus souvent les abcès péri-urétraux au commencement de l'urètre, sur les côtés du frein. Il en est qui naissent sur tout le trajet du canal et principalement là où commencent les bourses. En général, l'abcès est déjà formé quand on constate la tumeur, surtout quand elle est éloignée du méat. Ou bien le malade a éprouvé une douleur fixe sur un point qu'il signale au chirurgien, lequel constate alors par la palpation un noyau dur sur ce même point; il augmente bientôt de volume, il survient de l'œdème autour. Si la tumeur fait saillie du côté du canal, il peut y avoir plus ou moins de rétention d'urine. La suppuration s'opère promptement; il y a des douleurs pulsatiles. Alors, si l'abcès tend à s'ouvrir, la tumeur s'arrondit, la peau devient rouge, luisante; elle se perfore, le pus sort, mais tout l'abcès ne se vide pas du coup, et souvent, malgré cette ouverture cutanée, il s'en opère une autre dans le canal.

Cette ouverture intra-urétrale, du reste, est la plus fréquente quand on laisse marcher l'inflammation et qu'on n'ouvre pas de bonne heure la collection. En effet, souvent le pus, qui est plus voisin de la muqueuse, agit sur celle-ci, l'amincit, la décolle, la perfore enfin, et il se fait jour par le méat urinaire au moment où le malade y pense le moins, quelquefois même, sans que le chirurgien ait soupçonné l'abcès. Il arrive, comme je l'ai déjà dit, que cette perforation a lieu après celle de la peau. Lorsque la peau n'est pas entamée d'abord, de l'urine et du pus peuvent filer par l'ouverture interne, influencer, mortifier même les tissus qui entourent l'urètre, d'où un second abcès avec décollement, puis une fistule urinaire dont l'ouverture extérieure sera plus ou moins éloignée de l'ouverture interne, selon l'étendue du décollement.

Quelquefois l'inflammation s'étend de l'urètre de la portion bulbeuse aux glandes de Cooper. La tumeur fait alors plus ou moins de saillie au périnée; elle est sur un côté du raphé; quelquefois il y en a deux. Le chirurgien la constate par la palpation. Il y a quelquefois un peu de fièvre. La fluctuation n'a pas lieu dès que la suppuration s'est établie, il faut pour cela que la tumeur se rapproche de la peau, qu'elle lui adhère.

Il est rare que les tumeurs phlegmoneuses péri-urétrales, surtout celles qui sont très-voisines du canal, se résolvent. En général, elles suppurent; ce sont des abcès.

Ces abcès ne seraient pas graves sans leurs rapports intimes avec l'urètre, si ce canal n'était pas entamé plus ou moins par l'ulcération

qui préside à l'élimination du pus. Or cette ulcération atteignant le plus souvent l'urètre, il faut pour la préparation un travail inodulaire, qui peut, par sa rétractilité, préparer et déterminer même un rétrécissement.

Ce que je viens dire indique une thérapeutique très-active. Sans doute, des émissions sanguines, des émollients, sont indiqués au début de l'inflammation; mais pour peu qu'elle persiste, que la tumeur revête la forme globuleuse, il faut l'attaquer avec le bistouri, tout faire pour éviter que le pus marche du côté de l'urètre.

URÉTRORRHAGIE.

Symptômes. — Rien de plus fréquent que l'issue par l'urètre d'une petite quantité de sang, pendant la blennorrhagie. Il n'y a pas là alors accident, si l'on veut être un peu rigoureux dans l'emploi des mots; c'est seulement un symptôme que j'ai fait connaître quand j'ai traité de l'urétrite. Mais il arrive, parfois, que le sang coule en assez grande abondance pour constituer un véritable accident, une hémorrhagie. Ainsi ce liquide sort quelquefois à plein canal, sans mélange d'urine ni de muco-pus et en l'absence de tout effort pour uriner. Cette hémorrhagie peut durer une heure entière et affaiblir singulièrement le malade. En général, l'hémorrhagie n'est pas aussi abondante, et il est rare que le malade perde un verre de sang. Dans tous les cas il éprouve un soulagement, un bien-être momentané quand le sang a coulé. Les urétrorrhagies graves reviennent comme par accès, provoqués souvent par la marche, par une imprudence, mais dont quelquefois on ne peut accuser la moindre cause occasionnelle, puisqu'on a observé des retours de l'hémorrhagie pendant le repos le plus complet, dans la position horizontale et pendant que le malade était soumis aux moyens antihémorrhagiques. Si l'écoulement de sang est considérable, et qu'il se répète souvent, au bien-être dont j'ai parlé, succèdent des syncopes ou une prostration des forces qui permet à peine au malade de relever la paupière.

Causes. — On a cherché à pénétrer l'étiologie de l'urétrorrhagie. On a admis tantôt l'excès d'inflammation, tantôt une lésion physique, la rupture de quelques vaisseaux, puis l'effet d'une diathèse hémorrhagique, enfin un changement dans la manière d'agir de la cause qui détermine ordinairement l'écoulement blennorrhagique. Je pense que l'étiologie peut être envisagée à tous ces points de vue, et qu'on ne doit pas être exclusif. Ainsi il est évident que, dans les blennorrhagies

suraiguës, il y a mêlées au muco-pus, ou séparées, quelques gouttes de sang qui sont le produit d'un suintement par les surfaces enflammées. La solution de continuité des vaisseaux et même d'une partie des parois urétrales est manifeste dans les cas de rupture de la *corde* par le coup de poing populaire et par le coït ou la masturbation auxquels certains individus se livrent pendant la blennorrhagie la plus intense et pendant la *cordée*, soit pour assouvir leur passion, soit dans un but thérapeutique. Le sang peut alors couler en abondance ; il est d'un beau rouge rutilant tout comme le sang artériel. C'est surtout cette hémorrhagie qui est suivie d'un état particulier de bien-être ; elle hâte aussi la chute des accidents inflammatoires ; mais elle prépare de mauvais jours au malade, car là où il y a rupture de l'urètre on pourra observer, plus tard, un rétrécissement inodulaire, le pire de tous les rétrécissements.

Quant à l'urétrorrhagie comme effet d'une diathèse hémorrhagique, je ne sais si elle a été réellement constatée, mais elle n'est pas impossible. Un fait que j'ai observé, et dont M. de Castelnau a publié les détails dans les *Annales de la syphilis et des maladies de la peau*, semblerait se rapporter à cette catégorie. Mais le sujet n'avait eu que quelques hémorrhagies nasales insignifiantes, et rien autre dans ses antécédents, rien dans ce qui a suivi son accident n'a prouvé l'existence d'une diathèse hémorrhagique. Chez ce malade l'hémorrhagie est venue par accès qui ont duré quelquefois une heure. Après chaque accès, les forces étaient tellement déprimées que le malade ne pouvait lever le bras. Cet exemple d'une urétrorrhagie aussi grave est, que je sache, unique dans la science. Il y a eu ceci de remarquable, c'est que, pendant la durée, non-seulement des accès hémorrhagiques, mais pendant toute la durée de l'accident, et dans les intervalles des accès, le muco-pus était supprimé ; il n'a reparu que quand l'hémorrhagie a été tout à fait guérie, quand le sang n'a plus coulé. Cette circonstance a fait admettre, par M. de Castelnau, un changement dans la manière d'agir de la cause ; elle aurait été tantôt blennorrhagique, tantôt hémorrhagique. Ce n'est là encore qu'une hypothèse.

Diagnostic. — Il sera facile de distinguer l'hémorrhagie de l'urètre de celle de la vessie. Dans le premier cas, le sang coule non mêlé à l'urine et spontanément ; dans le second, c'est au moment de la miction ou immédiatement après que le sang arrive ; il est toujours moins pur et mêlé à l'urine. Assez souvent, quand une blennorrhagie est intense, quand elle est profonde, qu'elle a atteint le col de la vessie, on voit arriver, avec les dernières gouttes d'urine, une traînée de sang. Il y a alors des douleurs vives au moment de la sortie

de ce liquide, et des épreintes vésicales. Quelquefois il y a écoulement de sang et par l'urètre et par la vessie. On voit en effet des malades rendre du sang mêlé au muco-pus dans les intervalles de la miction, et en perdre aussi quand celle-ci s'achève, comme je viens de le dire.

Pronostic. — L'urétrorrhagie n'est pas grave en elle-même, mais elle annonce, en général, une urétrite intense et fait présager des suites fâcheuses, surtout quand il y a une rupture sur un point de l'urètre. La vie donc n'est pas compromise par la perte de sang seule, puisque, dans le cas le plus grave, contre l'hémorrhagie la plus abondante que je connaisse, je réduisis le traitement au repos, au petit lait, et le malade se rétablit. On verra dans l'observation déjà citée que l'appétit était très-prononcé après la cessation de l'hémorrhagie, et que le malade demanda bientôt à sortir de l'hôpital.

Traitement. — Le traitement devra être basé sur la cause de l'hémorrhagie, sur la quantité du sang qui est perdue. En général le repos, la diète, quelques boissons légèrement acidulées, émulsionnées, suffisent pour arrêter le sang, qu'il provienne d'un excès d'inflammation ou d'une rupture de l'urètre. Quand le sujet est jeune, sanguin, et l'urétrite subaiguë, je joins au repos la saignée, ou mieux une application de sangsues au périnée (vingt ou quinze). Depuis Hunter, quelques praticiens ont administré alors le copahu. Non-seulement je ne crois pas à son efficacité, mais je pense qu'il pourrait, dans certains cas, produire un effet contraire, affecter le col vésical et ajouter ainsi à l'hémorrhagie par l'urètre un suintement sanguin par la vessie, ce qui est une fâcheuse complication.

Si les jours du malade sont menacés par l'abondance du sang qui sort par l'urètre, on emploiera d'abord les réfrigérants sur l'urètre, sur les bourses, sur le périnée. Quelquefois ces moyens seuls ne réussissent pas à arrêter le sang ; alors B. Bell conseille la compression de l'urètre : on la pratique de dehors en dedans ou de dedans en dehors, ou dans les deux sens en même temps. On peut en effet, en saisissant la portion antiscrotale de l'urètre entre deux doigts, exercer la compression assez longtemps pour arrêter l'hémorrhagie, ou bien on comprime la portion périnéale de l'urètre avec une pelote. La compression devant les bourses peut s'exercer avec des bandelettes qui entourent et compriment toute la verge.

Quand on a jugé que cette compression est insuffisante, on peut avoir recours aux bougies, aux sondes introduites dans l'urètre ; lorsqu'elles sont volumineuses, elles peuvent suffire pour arrêter le sang. Si malgré cela l'hémorrhagie continue, on joindra à la compression excentrique la compression concentrique ; on appliquera circulai-

rement des bandelettes sur la verge, ou on appliquera la pelote périnéale, selon que la source du sang sera plus ou moins profonde. Mais, je dois le dire, il ne m'est jamais arrivé d'avoir recours à ces moyens mécaniques. Je répète que, dans le plus grand nombre des cas, le repos et les adoucissants sont encore les moyens les meilleurs et les plus prompts. Il y a plus, c'est que souvent, par les deux compressions que je viens de faire connaître, on peut arriver à un résultat contraire à celui qu'on désire obtenir. Il est bien entendu que quand il s'agira d'une hémorrhagie par rupture urétrale, on devra, après sa cessation, après l'urétrite qui la compliquait, agir sur l'urètre par les bougies, afin d'éviter un rétrécissement.

DOULEURS URÉTRALES.

Symptômes. — Tous les symptômes de la blennorrhagie peuvent disparaître, excepté la douleur : non-seulement elle persiste, mais elle s'exaspère quelquefois quand elle constitue toute la maladie. Elle peut avoir pour siége tous les points de l'urètre qui ont été enflammés, depuis la fosse naviculaire jusqu'au col vésical ; mais elle est le plus souvent voisine du gland. Cette douleur est quelquefois avec élancements ; elle est continue avec exacerbations, ou bien elle prend le caractère névralgique ; elle peut être intermittente avec accès irréguliers, ce qui est plus rare. L'accès se déclare parfois après un excès, après le coït ou pendant la miction. En général l'intensité de la douleur ne peut guère être appréciée par le médecin, car, comme je le dirai, cet accident arrive surtout à des sujets nerveux, quelquefois plus ou moins hypochondriaques, qui exagèrent toujours leurs sensations. Il y a dans certains cas retentissement de la douleur du côté de la vessie, vers l'anus, le rectum, et des pesanteurs vers les testicules.

Causes. — Il est évident que les blennorrhagies traitées insuffisamment ou mal traitées, sont celles après lesquelles on observe le plus souvent les douleurs urétrales.

L'absence de toute hygiène est encore une cause réelle de cet accident. Les sujets nerveux très-excitables souffrent le plus souvent là où ils ont eu une blennorrhagie. Il faut convenir aussi que, dans quelques cas, ni l'âge, ni le tempérament du sujet, ni l'intensité de l'inflammation, ni l'hygiène, ni les erreurs thérapeutiques ne peuvent être accusés. J'ai traité un malade qui avait été très-régulier dans son hygiène, très-exact à suivre un traitement méthodique, et dont le tempérament n'était nullement nerveux ; il n'en fut pas moins affecté de

douleur urétrale après la cessation de l'écoulement, et cette douleur, rien ne put la dompter.

Traitement. — Depuis longtemps les antispasmodiques, les narcotiques, les vésicatoires sont employés. J. Hunter appliquait ce dernier moyen au périnée et s'en louait beaucoup. On a ajouté les lavements froids opiacés, les frictions périnéales avec une pommade laudanisée. Hunter parle des injections, légèrement irritantes, pratiquées de temps en temps. 240 grammes d'eau avec 50 centigrammes de sublimé corrosif. Quand ces injections ont produit un bon effet, il n'a été que momentané. On a tenté l'introduction dans l'urètre des bougies, des sondes seules ou portant des pommades particulières ou un caustique. Par l'introduction d'une bougie en cire jaune et assez volumineuse, j'ai quelquefois amorti la trop grande sensibilité de l'urètre. La bougie alors tanne, pour ainsi dire, la muqueuse de l'urètre ; elle semble agir comme le mors sur la bouche du cheval, laquelle finit par devenir insensible. On a fait porter à la bougie de la pommade belladonisée. Enfin, on a fini par cautériser l'urètre d'après la méthode et avec l'instrument du professeur Lallemand.

J'ai vu tous ces moyens échouer entre les mains les plus habiles et chez des malades qui ont été définitivement guéris par un moyen bien simple, la compression de la verge.

Traitement de l'auteur. — Compression. — J'avais observé que les malades ayant des douleurs urétrales, soit à la suite de blennorrhagie, soit pendant certains états morbides du col vésical, comprimaient souvent leur verge avec les doigts, et disaient obtenir de cette manière un vrai soulagement. D'un autre côté, j'avais vu, comme les autres chirurgiens, que les calculeux comprimaient leur gland, qu'ils tiraillaient leur verge et qu'ils cherchaient ainsi à calmer leurs souffrances. J'imaginai alors de rendre cette compression continue. J'obtins ce résultat par l'application méthodique sur toute la verge de petites bandelettes de diachylum. Chaque bandelette n'aura que 1 centimètre de largeur ; elle sera assez longue pour entourer circulairement la verge et pour que les bouts s'entre-croisent sous l'urètre. Le pansement est ainsi plus solide et la compression urétrale mieux assurée. Les bandelettes seront imbriquées ; la seconde recouvrira un tiers de la première, ainsi de suite. La compression sera assez énergique, mais il ne faut pas qu'elle aille jusqu'à empêcher le malade d'uriner. On la laissera le plus longtemps possible, jusqu'à ce que les douleurs aient cessé complétement, au moins depuis trois jours. On ne négligera pas de renouveler ce petit appareil pour peu que les bandelettes glissent et que la compression cesse d'être suffisante.

La compression réussit surtout quand la douleur ne dépasse pas les limites de la portion antiscrotale de l'urètre. Dans les cas où elle s'étend au périnée, il y a bien moins de chances de la faire entièrement disparaître. Celle du périnée persiste quelquefois ; ordinairement elle n'est qu'affaiblie ; mais il arrive aussi qu'elle disparaît tout à fait. On peut d'avance savoir si les bandelettes feront disparaître la douleur urétrale : on n'a qu'à engager le malade à faire des tentatives de compression avec les doigts ; si elles calment momentanément la douleur, on a de grandes présomptions en faveur d'un succès complet.

Je dois dire, en terminant, qu'il peut arriver que la douleur soit produite par un reste d'inflammation ; les sangsues alors sont préférables à la compression. On peut voir d'ailleurs, dans les *Annales de la syphilis et des maladies de la peau*, un petit travail de M. de Castelnau qui contient des faits en faveur de la pratique que je viens de faire connaître (1).

SENSATIONS PERVERTIES DE L'URÈTRE. — ABSENCE DE SENSATIONS.

Symptômes. — Au lieu d'une exaltation de la sensibilité de l'urètre qui va jusqu'à la douleur, il peut se déclarer, à la suite de certaines blennorrhagies, des aberrations de cette sensibilité, ce que B. Bell et M. Lagneau ont appelé des *sensations extraordinaires de l'urètre*. Ces sensations sont rapportées aussi à la vessie, quelquefois aux testicules. Ainsi, après la guérison d'une blennorrhagie et la cessation des vrais accidents de cette maladie, reste, chez quelques hommes, une modification de la sensibilité normale de certains organes de l'appareil génito-urinaire. C'est, selon M. Lagneau, une titillation continuelle, une sensation de fourmillement de l'urètre, des vésicules séminales, du col et même du corps de la vessie. Il y a aussi une espèce de roulement ondulatoire des testicules (B. Bell). D'autres fois on observe les symptômes qui accusent la présence d'un calcul dans la vessie. Non-seulement ces sensations anormales se font remarquer dans la sphère génitale, mais au pubis, à l'hypogastre, au haut des cuisses. L'estomac lui-même, les intestins, souffrent quelquefois. Il ne serait pas impossible que, dans quelques cas, le point de départ de ces effets nerveux fût au ventricule lui-même, surtout chez certains hypochondriaques.

Au lieu d'une sensibilité exagérée ou pervertie, il peut y avoir abolition complète de la sensibilité dans un point de l'urètre. Ainsi on a vu, après certaines blennorrhagies, la suppression complète de la sen-

(1) T. II, p. 135.

sation voluptueuse qui coïncide avec l'éjaculation. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que quelquefois le sujet exerce le coït aussi souvent qu'à l'état ordinaire, et les érections sont complètes; mais l'éjaculation a lieu ou, pour mieux dire, le sperme sort sans éveiller la moindre volupté. C'est alors la cessation seule de l'érection qui avertit le sujet de la fin du coït. Cet état a été observé sans lésion appréciable de l'urètre, et avec l'induration et l'épaississement des parois de ce canal. M. de Castelnau a publié un cas intéressant qui se rapporte à cette dernière variété. La guérison fut obtenue par des applications de sangsues au périnée. Encore un fait qui est favorable aux idées que j'ai toujours professées, et qui ont guidé ma pratique depuis que j'ai pu observer sur un vaste théâtre. On a encore employé contre ces sensations anormales de l'urètre les bougies en cire jaune, le vésicatoire au périnée, à l'hypogastre, à la face interne d'une cuisse. Ces moyens sont loin d'avoir toujours réussi.

Causes. — Les sensations perverties se font remarquer aussi chez les femmes, mais beaucoup plus rarement; c'est, en général, quand il reste encore un certain degré d'irritation au col de l'utérus, dans les cas d'extension de la blennorrhagie jusqu'à cet organe. Il y a, le plus souvent, alors, des maux de reins, une souffrance vers la vessie, des épreintes qui fatiguent beaucoup les femmes.

Ces sensations anormales dans les deux sexes surviennent après toutes les blennorrhagies, celles qui ont été intenses comme celles qui ont été bénignes, après les blennorrhagies qu'on a lieu de croire syphilitiques comme après celles qu'on considère comme simplement catarrhales. M. Lagneau dit même avoir observé ces sensations anormales chez des hommes ayant eu ce qu'on appelle des blennorrhagies *sèches*.

Les sujets qui sont sous cet état nerveux croient opiniâtrément que la maladie n'a été traitée que d'une manière incomplète; ils sont poursuivis par l'idée qu'il y a encore en eux un virus syphilitique, dont ils redoutent les effets; ils demandent sans cesse d'être traités radicalement et surtout par le mercure ou par toute autre médication énergique.

Traitement. — Il est certain que les antispasmodiques, les narcotiques, soit à l'intérieur, soit en lavements ou en applications sur le périnée; il est certain que ces moyens, auxquels on joint quelques pilules mercurielles à très-faible dose, pour satisfaire l'imagination, produisent quelquefois des effets satisfaisants. Mais, plus souvent encore, les antiphlogistiques sont indiqués; car, au lieu d'un état simplement nerveux, il y a, en réalité, une inflammation urétrale avec phénomènes sympathi-

ques. Ce ne sera donc qu'après avoir fait taire cette inflammation qu'on verra disparaître les sensations anormales, soit de l'urètre, soit des testicules, soit dans le reste de la sphère génitale. Je répète encore ce que j'ai dit en parlant de la blennorrhée. Ceux qui considéreront ces phénomènes morbides comme étant des effets d'une inflammation plus ou moins ancienne de l'urètre (j'ajoute ici, et de la prostate) seront ceux dont la pratique sera la plus heureuse, parce qu'elle puisera aux antiphlogistiques. Non-seulement j'ai fait alors des applications de sangsues au périnée, mais il m'est arrivé de pratiquer la saignée du bras, car on doit savoir que ces sensations anormales sont quelquefois observées chez des sujets jeunes ayant tous les attributs de la force. Quand la lésion est réellement nerveuse, alors qu'il s'agit enfin d'une névrose, le vésicatoire réussit bien ; il vaut mieux que l'électricité.

Je dois dire d'ailleurs que depuis que le diagnostic des rétrécissements de l'urètre et des engorgements de la prostate est plus avancé, on trouve bien moins de cas de *sensations extraordinaires de l'urètre*, etc. ; ces phénomènes sont beaucoup plus souvent attribués, et avec raison, à des états organiques des organes génito-urinaires.

ORCHITE BLENNORRHAGIQUE.

L'histoire des inflammations du testicule a fait d'incontestables progrès tout récemment. Il est facile de s'en convaincre, si l'on se reporte seulement à l'époque de Dupuytren. On verra, par exemple, ce chirurgien laisser imprimer dans ses *Leçons* que quand l'épididyme est affecté, la tumeur est moins volumineuse que lorsque l'inflammation sévit sur le parenchyme du testicule. Or c'est tout le contraire. Boyer est moins avancé encore que Dupuytren. A. Cooper indique le progrès, mais il ne le commence même pas. On pourra d'ailleurs vérifier ce que j'avance dans l'exposé de l'état de la science que je vais entreprendre.

Causes. — Quoique l'orchite soit un accident d'une extrême fréquence, on n'a pas nécessairement une orchite parce qu'on est atteint d'une blennorrhagie. Il faut de plus l'intervention d'autres causes. Malheureusement ces autres causes ne sont pas bien déterminées. Il est certain, néanmoins, que cette complication de la blennorrhagie a lieu plus souvent chez les malades qui n'observent aucune hygiène pendant l'écoulement, chez ceux qui font des excès de boisson, de longues courses, qui dansent, qui montent à cheval, qui se froissent les bourses, qui se refroidissent, et qui, pendant le traitement, ne s'éloignent pas complétement des femmes. Dans le monde, on voit des ma-

lades qui, pendant la blennorrhagie, ne se livrent pas au coït, mais qui ne s'abstiennent pas complétement d'excitations analogues. Si vous observez des orchites opiniâtres, des orchites qui passent d'un testicule à l'autre, ou qui se répètent sur le même sujet, songez à ce que je vous dis ici.

Un traitement mal ordonné, mal suivi, peut certainement avoir de l'influence sur le développement de l'orchite. Ici on a beaucoup accusé les injections. Sans doute un liquide irritant peut déterminer une orchite, puisque le passage dans l'urètre d'une bougie produit quelquefois le même accident. Cependant, pour être vrai, il faut convenir que l'orchite n'est pas l'accident le plus à craindre après les injections urétrales. Une circonstance qui a surtout fait accuser les injections, c'est qu'on les pratique ordinairement aux dernières périodes de la blennorrhagie, c'est-à-dire à l'époque la plus favorable au développement de l'orchite, comme je l'établirai plus tard.

Il faut savoir aussi que l'orchite peut se déclarer, et cela assez souvent, dans les conditions hygiéniques en apparence les moins favorables au développement d'une inflammation : ainsi pendant le repos le plus complet du malade, et en plein traitement, non par les irritants, les injections, les résineux, mais pendant le traitement le plus antiphlogistique, le plus adoucissant. Au moment où ceci est écrit, il y a dans mon service un malade assez robuste qui a eu trois recrudescences d'orchites avec de violentes douleurs. Ce malade gardait cependant la position horizontale, était soumis à un régime doux, et dit n'avoir commis aucune imprudence. On voit des orchites éclater après un bain chaud pris avec beaucoup de précautions.

L'intensité de l'inflammation urétrale ne paraît avoir aucune influence sur le développement de l'orchite. Sur 37 malades affectés d'orchites, que M. Castelnau a interrogés dans ce sens, 31 avaient médiocrement souffert au début de la blennorrhagie, 6 avaient éprouvé des douleurs très-vives, et un de ces six avait eu une hémorrhagie urétrale qui était allée jusqu'à produire la syncope. Chez ce malade, l'orchite se développa pendant qu'il gardait le repos au lit et qu'il était encore dans une anémie très-prononcée, suite de son hémorrhagie.

La blennorrhagie sèche peut-elle donner lieu à l'orchite? Je préfère poser ainsi la question : Pendant la période de l'urétrite, qui est marquée par la sécheresse de l'urètre, peut-il y avoir orchite? Je réponds par l'affirmative, car je possède des faits confirmatifs de cette opinion.

Certaines époques de l'année, certains états de l'atmosphère, sont favorables au développement de l'orchite. J'ai vu quelquefois, au

moment où la température devenait brusquement très-chaude ou très-froide, le nombre des orchites s'accroître au point de faire croire à une épidémie.

C'est, en général, après la première, quelquefois après la seconde, et jusqu'à la sixième semaine d'une blennorrhagie, que l'orchite se déclare. J'ai dit précédemment, en traitant de la blennorrhagie urétrale chez l'homme, que, dans le plus grand nombre des cas, elle avait la fosse naviculaire, la région antérieure de l'urètre pour siége primitif. De là l'inflammation gagne insensiblement ou brusquement, à une époque variable de sa durée, les autres régions du canal. L'orchite ne survient, en général, que quand l'inflammation s'est avancée jusque dans la portion du canal enveloppée par la prostate. Quand l'accident ne se manifeste qu'après la cessation de l'écoulement, et comme on l'a observé, au bout de huit jours dans un cas, de quinze jours dans un autre, il faut supposer qu'un reste d'irritation s'était maintenu dans la région prostatique de l'urètre ou au col de la vessie. On verra alors les malades ne plus avoir d'écoulement, mais souffrir un peu en urinant, éprouver des ardeurs d'urine. Comme il est possible, d'un autre côté, que l'inflammation débute par la région prostatique ou du moins qu'elle y arrive promptement, il est facile de s'expliquer les cas d'orchite qu'on a rencontrés soit au début, soit à une période peu avancée, soit même avant l'apparition de l'écoulement. Ceci revient à dire que l'orchite ne vient jamais sans l'urétrite, soit que l'écoulement, phénomène ordinaire de cette inflammation, ait lieu ou non.

Les circonstances d'âge ne présentent rien de très-positif pour l'orchite en général; cependant on peut dire qu'elle est moins fréquente à un âge avancé. L'orchite parenchymateuse me paraît plus fréquente chez les sujets qui prennent la chaude-pisse de 18 à 21 ans; tandis que chez les hommes plus âgés, c'est-à-dire chez ceux qui la prennent de 35, 45 à 50 ans, il y a plus souvent des accidents du côté de la prostate et de la vessie. Cependant, aujourd'hui 5 mars 1852, il y a dans mon service, à l'hôpital du Midi, deux sujets âgés de 30 ans et qui ont des orchites parenchymateuses.

L'orchite peut être double, mais il est rare que les deux testicules soient pris en même temps; en général un seul est atteint, et quand l'autre s'enflamme, c'est après que le premier a subi un commencement de résolution. Il est encore rare, mais cela existe, que l'inflammation passe rapidement d'un testicule à l'autre sans laisser de traces sur le premier envahi. C'est le gauche qui est affecté quand l'orchite n'est que d'un côté, et c'est du côté gauche que commence l'inflammation quand elle doit envahir les deux côtés. On peut expliquer ce phénomène par le

retour du sang du testicule gauche, qui est plus difficile qu'à droite. La partie du testicule qui est le plus souvent et la première affectée, c'est l'épididyme; c'est aussi là que l'inflammation persiste le plus longtemps.

On dit que l'écoulement se supprime quelquefois lorsque l'orchite apparaît, que très-souvent sa quantité est brusquement diminuée. Ce qu'il y a de plus général et de plus vrai à dire, c'est que, quand on observe l'orchite, il y a peu d'écoulement, et cela pour une bonne raison, puisque c'est précisément au déclin de la blennorrhagie que l'orchite a lieu, c'est-à-dire au moment où l'écoulement est peu considérable. La diminution ou la suppression de l'écoulement a donc précédé l'orchite, du moins dans le plus grand nombre des cas. Il ne faudrait pas pour cela nier l'influence de l'orchite sur la diminution ou la cessation de l'écoulement, car, lorsque l'inflammation testiculaire cesse, on observe, en général, une augmentation ou un retour de l'écoulement. Il peut arriver aussi que tout finisse en même temps, orchite et urétrite. D'ailleurs, voici des chiffres appartenant à MM. Gaussail, Aubry et de Castelnau. Sur 187 cas, il y en a 161 dans lesquels l'écoulement a diminué d'une manière brusque au moment où l'orchite s'est développée, et il y en a 9 dans lesquels il a été entièrement supprimé. Des 15 qui sont restés stationnaires, 13 appartiennent à M. Aubry, et cet observateur fait remarquer que tous étaient relatifs à des sujets qui étaient atteints de blennorrhagie déjà ancienne et peu abondante.

Pathogénie. — On a diversement expliqué le fait de l'envahissement du testicule par l'inflammation blennorrhagique. On a admis la sympathie, l'extension, la métastase. C'est la théorie de l'extension, de la propagation de la phlegmasie de proche en proche, qui est aujourd'hui la plus généralement admise. L'inflammation s'étendrait de l'urètre au canal éjaculateur, de celui-ci à la vésicule séminale, puis au canal déférent; elle arriverait ainsi à l'épididyme. M. Velpeau a partagé cette opinion, il a de plus cherché à se rendre compte des faits, comme on va le voir dans le passage suivant :

« Il semblerait, dit ce professeur, que l'induration, le gonflement du canal déférent, dussent toujours préexister au gonflement de l'épididyme, si l'inflammation part toujours de l'urètre pour venir au testicule ; il est vrai que les choses se montrent souvent ainsi, que l'épididymite se prolonge, chez un certain nombre de malades, jusque dans le canal inguinal et même jusque dans la fosse iliaque, sous la forme dure, douloureuse, égalant le volume d'une grosse plume et quelquefois même du petit doigt, facile à reconnaître pour le canal déférent. Mais il faut convenir, d'un autre côté, que cette corde indurée n'est

pas constante ; qu'assez souvent même le canal déférent et tout le cordon testiculaire sont parfaitement souples, insensibles, dans l'état tout à fait normal, depuis le testicule jusque dans le bassin. Une observation attentive du début de la maladie apprend seulement, en pareil cas, qu'avant d'exister dans les testicules, la douleur, la sensibilité du moins, s'est fait sentir au périnée ou au col de la vessie, puis dans la fosse iliaque et dans le canal inguinal. N'est-il pas permis de supposer, après tout, que l'inflammation peut s'établir dans les testicules à peu près comme dans les ganglions lymphatiques, c'est-à-dire par la rétrocession ou par la progression de quelques parcelles irritantes allant de proche en proche, de l'urètre jusqu'à l'épididyme, sans enflammer notablement le conduit qui les transporte ? D'ailleurs, l'inflammation elle-même peut se borner à la surface muqueuse du canal déférent, tandis que quelquefois elle réagit sur toute l'épaisseur de ce canal, d'où il suit que l'absence de gonflement, de dureté, de sensibilité même, ou de douleur dans ce conduit, une fois l'orchite établie, se comprend tout aussi bien que l'état contraire. Il n'y a là en définitive que ce qui est admis et qu'on observe tous les jours dans les canaux de toute sorte, dans les vaisseaux lymphatiques en particulier. »

M. de Castelnau, qui a écrit, dans les *Annales des maladies de la peau*, un article sur l'orchite, s'est rallié à la doctrine de la métastase. Selon lui, ce n'est pas l'humeur qui est transportée, mais la cause blennorrhagique, si je puis m'exprimer ainsi. J'avoue que, pour mon compte, sans nier les orchites par extension de la phlegmasie, lesquelles ressemblent à celles qu'on voit surgir après le passage d'une bougie, d'une sonde dans l'urètre, je suis très-porté à admettre la métastase pour un certain nombre de cas, car la blennorrhagie est une des maladies qui se prêtent le mieux à cette espèce de déplacement. D'où vient, en effet, qu'il n'y a ordinairement qu'un testicule de pris ? les orifices des canaux éjaculateurs sont cependant bien voisins, et pour peu que l'inflammation de la portion profonde de l'urètre soit étendue, les deux méats devraient subir la même influence. D'où vient aussi que, dans certains cas, l'orchite passe avec une grande rapidité d'un côté à l'autre sans laisser de trace de son existence du côté qui vient d'être abandonné par la maladie ? D'où vient enfin que quelquefois le canal déférent ne se gonfle qu'après l'épididyme ?

Je crois aussi qu'il est des prostatites métastatiques. Je m'explique : je crois à la possibilité d'une affection du col de la vessie et de la prostate dans des cas de blennorrhagie qui ont d'abord atteint l'extrémité antérieure de l'urètre et ont franchi le reste du canal pour sévir sur la glande et le col vésical. Il arrive même que ces dernières parties

sont dépassées et que le corps de la vessie, les reins, sont atteints d'inflammation blennorrhagique sans que les tissus intermédiaires entre le point de départ et l'organe affecté en dernier lieu subissent eux-mêmes l'inflammation. Bien plus, les articulations peuvent être prises, comme on le sait, d'inflammation blennorrhagique, et certainement on ne peut pas dire ici, que l'inflammation est parvenue à cette partie du squelette de proche en proche. On répondra que ces faits sont aussi favorables à la doctrine de la sympathie qu'à celle de la métastase. Mais alors on entre dans une question de mots. Ce que je veux surtout faire entendre ici, c'est que la doctrine qui admet l'inflammation testiculaire par extension de celle de l'urètre est insuffisante, incomplète.

Symptômes, marche, terminaison. — Avant tout changement du côté du testicule, on observe, quelquefois, un état fébrile, des frissons, des malaises, des phénomènes nerveux, même la syncope. En général, c'est d'abord une sensation de pesanteur vers les bourses, qui invite le malade à porter, à tout instant, les mains aux testicules ou à mettre un suspensoir pour les soutenir; quelquefois c'est une douleur lombaire qui apparaît d'abord; elle suit une ligne qui des reins va aux bourses. Certains cas débutent par des douleurs périnéales, des envies fréquentes d'uriner, comme dans l'inflammation du col vésical. On a observé aussi des pollutions nocturnes douloureuses. Souvent enfin il y a d'abord une douleur à l'aine, dans le canal inguinal du côté qui doit être affecté. Cette douleur peut être intense; elle s'irradie quelquefois vers l'épine iliaque antéro-supérieure et se fait bientôt sentir dans le testicule. Les froissements, le poids du testicule dans la station, la marche et surtout les secousses, exaspèrent la douleur et la font retentir vers le rein correspondant, rarement vers les deux. C'est surtout dans le testicule et dans l'épididyme que la sensibilité et la chaleur sont augmentées, et à un degré différent dans ces deux parties. Souvent, la sensibilité y existe à un degré à peu près égal, et ce n'est que dans des cas beaucoup plus rares que la douleur se concentre spécialement dans le cordon, et alors toujours, ou presque toujours, c'est à sa partie inférieure. Si la douleur est quelquefois très-aiguë, ce n'est pas pour longtemps : arrivée au summum d'intensité, vers le troisième, le quatrième ou le cinquième jour, elle se calme ordinairement, après avoir persisté à ce degré pendant vingt-quatre heures, et devient insupportable après le double de ce temps. Une fois ainsi modérée, la douleur décroît beaucoup plus lentement, et il lui faut quelquefois deux septénaires pour disparaître tout à fait. La douleur est toujours augmentée par la pression. Dans les derniers temps, ce

n'est que quand on touche le testicule qu'elle se manifeste. On a vu quelquefois le testicule manifestement gonflé avant l'apparition de la douleur.

La tuméfaction débute tantôt par le cordon, tantôt par l'épididyme; elle s'accroît avec rapidité et arrive en trois, quatre ou cinq jours à son grand développement. La promptitude avec laquelle la tumeur se forme empêche de suivre sa marche progressive. Son volume va depuis la grosseur d'un petit œuf de poule jusqu'à celle du poing du sujet, quelquefois plus. La tumeur peut être formée par toutes les parties qui entrent dans la composition des bourses, mais surtout par l'épididyme. Dans les deux ou trois jours qui suivent le début de l'orchite intense, la tumeur ne forme ordinairement qu'une masse homogène, d'une dureté à peu près égale partout. Le scrotum du côté malade est tendu, luisant, adhérent aux parties sous-jacentes et d'une rougeur dont le maximum d'intensité est à la face externe du testicule affecté, d'où elle se prolonge en s'affaiblissant jusque sur le testicule sain. A cette époque on ne peut guère constater le siége précis de la tuméfaction, car le toucher est extrêmement douloureux; mais, après deux ou trois jours, la masse, en diminuant un peu, se sépare en deux parties dont l'une, plus antérieure, est le testicule, et l'autre, postéro-supérieure, est l'épididyme qui empiète sur le premier dans une étendue plus ou moins considérable. Par une anomalie qui n'est pas extrêmement rare, l'épididyme peut être en avant. C'est dans ce sens alors qu'on observe la partie la plus dure de la tumeur, laquelle affecte une forme allongée, comme cylindrique. On sait que la dureté, la tuméfaction se remarquent sur une portion plus ou moins étendue du canal déférent, mais non dans tous les cas. Ce canal est alors comme un tuyau de plume lisse, égal et non bosselé, noueux, caractères qu'il prend quand il est tuberculeux. Le testicule est en général peu augmenté de volume, et sa consistance n'a pas changé; le gonflement de l'épididyme est au contraire beaucoup plus marqué. Quand il y a épanchement un peu prononcé dans la tunique vaginale, on peut, à l'époque dont il s'agit, sentir la fluctuation et s'assurer par là de l'existence du liquide; il est rare qu'il soit assez abondant pour produire le phénomène de la transparence.

La résolution commence par le testicule, quand il a été affecté; sa souplesse reparaît à peu près vers le cinquième ou sixième jour. La résolution du reste de la tumeur suit de près, mais elle marche beaucoup plus lentement et n'est complète, dans le plus grand nombre de cas, que du douzième au trentième jour; La résolution du

cordon succède à celle du testicule, et enfin vient celle de l'épididyme qui a donc lieu la dernière, après un temps plus ou moins long. La résolution de l'épididyme diffère de celle des autres éléments, non-seulement par sa lenteur excessive, mais encore par sa marche. Dans le testicule et dans le cordon la résolution est régulièrement progressive; dans l'épididyme, au contraire, elle marche assez promptement, pendant les premiers jours, et s'opère surtout à la partie antérieure de l'organe; mais lorsqu'elle a réduit la tumeur, environ de moitié, elle se ralentit considérablement et l'on constate alors à la partie postéro-inférieure des bourses, un noyau très-dur dont la disparition complète est d'une lenteur extrême. Ce sont sans doute ces noyaux qui ont fait dire, à tort, que l'engorgement de l'épididyme persistait assez souvent toute la vie.

S'il s'est opéré un épanchement dans la tunique vaginale, le liquide est ordinairement résorbé pendant que s'effectue la résolution des autres parties.

La sécrétion spermatique n'a été étudiée que très-imparfaitement pendant la durée de l'orchite. M. Lagneau a cité un fait d'un malade qui, affecté d'un gonflement du testicule datant déjà de deux mois, avait eu une pollution mêlée de stries de sang pendant un rêve érotique. J'ai pu constater plusieurs faits analogues.

La fièvre de l'orchite est, en général, peu prononcée; elle n'a lieu que dans la période d'accroissement et dans les cas où les symptômes locaux offrent un certain degré d'intensité. M. Marc d'Espine, sur 24 cas d'orchite, en a trouvé 17 dans lesquels la fièvre avait existé au début et 2 dans lesquels elle s'est manifestée lors des rechutes, tandis qu'elle n'avait point eu lieu pendant l'affection primitive. M. de Castelnau n'a constaté la fièvre que chez 11 malades sur 37, résultat qui diffère notablement de celui du premier observateur que je viens de citer. Mais remarquez que les malades se présentent à nous à une époque où les phénomènes généraux ont déjà disparu, en supposant qu'ils aient existé. Ce n'est donc que sur leur rapport qu'on parle de la fièvre. Or comme l'intelligence des malades n'est pas toujours très-développée, j'exigeais, dit M. de Castelnau, pour admettre l'existence de la fièvre, qu'il y eût eu inappétence et une chaleur prononcée à la peau.

Il y a quelquefois des douleurs des lombes et du membre correspondant au testicule malade, et enfin de la céphalalgie, des nausées et des vomissements. Les douleurs des reins, des membres inférieurs s'expliquent par les connexions nerveuses du testicule avec ces parties et quelquefois par une véritable complication du côté des reins quand les douleurs remontent si haut.

Variétés. — Il n'y a pas bien longtemps, on s'arrêtait à la description générale que je viens de faire de l'orchite. Les progrès récents de la science, mes recherches m'ont permis de localiser l'inflammation dans les différentes parties du testicule et d'établir des variétés basées sur le siége spécial de l'inflammation. Je connais les arguments qu'on peut opposer à cette localisation. Il est évident que si l'on m'oppose qu'un élément du testicule ne peut être enflammé sans que l'autre le soit plus ou moins, on a raison. Ce n'est pas seulement ici que cette objection est puissante, elle l'est partout où le pathologiste a voulu porter l'analyse : ainsi, quand on établit les variétés d'inflammations oculaires selon l'élément de l'œil affecté, on est en présence de la même difficulté. Mais pour le testicule, si l'on dit qu'on entend par épididymite les cas où l'épididyme est plus particulièrement enflammé, et si pour l'œil on dit que conjonctivite signifie plus particulièrement l'inflammation de la conjonctive ; après ces explications il n'y a plus place pour l'argumentation sérieuse. Ici donc, le testicule étant composé de trois parties, de l'épididyme, de la tunique vaginale et d'un parenchyme glandulaire, j'établirai trois variétés qui correspondront à ces trois parties.

1° *Épididymite.* — C'est la variété la plus commune. Il est évident que si le point de départ de toutes les orchites blennorrhagiques est à l'urètre, et si la cause est portée par le canal déférent, elle doit être plus ou moins arrêtée dans les circonvolutions de ce canal, c'est-à-dire dans l'*épididyme.* Quelquefois cette partie du testicule est affectée, tandis que le canal déférent semble rester sain, et il arrive alors ici ce qu'on observe dans certaines adénites à la suite d'une inoculation ; on voit en effet le ganglion affecté par le virus ou la cause irritante, tandis que le vaisseau qui a transporté cette même cause a toutes les apparences d'une complète intégrité. C'est peut-être aussi parce qu'il y a épididymite par métastase ou, si l'on veut, par sympathie.

La tumeur qui appartient à cette variété est la plus volumineuse, la plus inégale. C'est l'épididymite qui se laisse déprimer, aplatir des deux côtés par les cuisses, quand elle n'est pas bien soutenue ; elle subit les modifications les plus rapides, du moins à l'état aigu. Quand, par anomalie, comme je l'ai déjà dit, l'épididyme est en avant, la tumeur paraît plus développée en longueur ; elle est presque cylindrique.

L'épididymite est moins douloureuse que les deux autres variétés que je vais faire connaître.

Ce que j'ai dit du volume plus considérable de la tumeur quand elle est formée par l'épididyme surprendra peut-être les lecteurs des *Leçons orales* de Dupuytren, qui, comme je l'ai déjà dit, a fait écrire

précisément le contraire. Sur ce point, l'observation journalière donne un complet démenti à Dupuytren, et ceux qui voudront en juger par eux-mêmes pourront le faire par quelques visites dans nos salles de l'hôpital du Midi, ou en assistant quelquefois à une de nos consultations publiques. On conçoit d'ailleurs qu'une inflammation qui sévit sur un corps comme l'épididyme, corps dilatable, doit assez facilement épanouir les tissus, tandis que la substance du testicule, emprisonnée par une tunique scléreuse beaucoup plus résistante que celle de l'épididyme, ne peut aussi facilement obéir à l'expansion inflammatoire et ne doit céder que jusqu'à un certain point.

L'inflammation qui marche si rapidement dans l'épididyme laisse néanmoins, dans le plus grand nombre de cas, des noyaux d'induration dont la résolution complète est, en général, très-lente. C'est le point de l'épididyme qu'on appelle la *queue* qui est le siége de ces petites tumeurs. Ces inflammations chroniques, limitées à de petits foyers, sont donc ici des restes d'inflammations primitivement aiguës et qui ont persisté. Il arrive aussi que ces noyaux ont un caractère primitivement chronique; mais alors ils reconnaissent pour stimulus un vice quelconque, et c'est ordinairement le tubercule qui provoque leur formation ou qui les entretient. Le tubercule, en effet, est une cause fréquente d'inflammation chronique de l'épididyme. Si la blennorrhagie ne peut être accusée comme antécédent, si surtout la tumeur est très-inégale et n'occupe qu'un côté, quels que soient le tempérament, la force de l'individu, s'il est jeune, méfiez-vous du tubercule.

Le varicocèle est un des effets de l'épididymite, surtout si l'épididymite se répète du côté gauche, là où se trouve une prédisposition naturelle à ces varices des bourses.

C'est avec l'épididymite qu'on observe ces engorgements du canal déférent et des parties qui l'entourent, engorgements quelquefois assez considérables pour remplir le canal inguinal. On voit alors les anneaux aponévrotiques céder difficilement à cette tumeur, d'où un véritable étranglement qui se manifeste avec plusieurs des symptômes de l'étranglement herniaire : douleurs abdominales, anorexie, vomissements, tumeur dont le grand axe est selon le trajet du canal inguinal, etc. Les antécédents, la circonstance d'un engorgement de l'épididyme, font distinguer cet accident de l'étranglement herniaire. C'est aussi quand le cordon est engorgé de cette manière qu'on a observé des symptômes de péritonite.

2° *Vaginalite.* — Il n'y a pas vaginalite toutes les fois qu'on trouve plus ou moins de liquide dans la séreuse du testicule. S'il en était ainsi, cette variété d'orchite serait extrêmement fréquente, et elle

existerait presque toujours avec l'épididymite. On sait que Rochoux a avancé que ce liquide existait toujours, comme on a dit aussi que l'épididyme était toujours pris, ce qui a fait appeler tour à tour vaginalite ou épididymite toutes les orchites blennorrhagiques. Mais il est évident que l'épanchement séreux ne constitue, en général, qu'un épiphénomène. Il y a ordinairement dans la tunique vaginale une certaine quantité de sérosité exhalée, parce qu'il y a engorgement des vaisseaux du testicule. En effet, quand une de ses principales parties est prise, surtout l'épididyme, il se fait dans la tunique vaginale une petite hydropisie, comme il se fait des ascites à la suite de certaines tumeurs du ventre. Cet épanchement est pour ainsi dire passif. L'ouverture de la tunique vaginale donne issue à une sérosité limpide, un peu citrine, et cela, sans influencer d'une manière notable la marche de l'orchite. Quelquefois, au contraire, tout prouve l'existence d'une véritable inflammation de la tunique vaginale. La douleur est vive, persistante ; la tension de la tumeur est très-marquée ; il n'y a ni fluctuation, ni transparence, et si un coup de lancette évacue la poche séreuse, l'humeur qui en sort est légèrement trouble, rougeâtre, très-chaude. Après cette ponction, la douleur est assez promptement calmée. Souvent on voit le liquide se reproduire, mais alors avec des caractères qui le rapprochent davantage de la sérosité appartenant à l'hydrocèle chronique ; seulement il est teint par le sang. J'ai vu quelquefois, après cette petite opération, le testicule se gonfler, prendre la place du liquide et une orchite *parenchymateuse* succéder rapidement à une *vaginalite*.

Si le varicocèle succède parfois à une épididymite, l'hydrocèle est plutôt une des conséquences de la vaginalite. En interrogeant bien les souvenirs de jeunesse de tous les porteurs d'hydrocèle, on en trouve un très-grand nombre avouant une affection aiguë du testicule qui n'est autre que la vaginalite. Cette variété d'orchite a certainement existé quand on rencontre une hydrocèle multiloculaire. La tumeur de la vaginalite est lisse, égale; elle est plus ou moins globuleuse ; elle proémine beaucoup plus en avant que dans les autres variétés, et ne garde pas l'empreinte des corps qui pressent sur elle comme le fait la tumeur de l'épididymite.

3° *Orchite parenchymateuse.* — J'ai cru devoir donner ce nom à l'inflammation qui sévit plus particulièrement sur le parenchyme même du testicule, sur la substance qui est contenue dans l'enveloppe la plus consistante, la plus immédiate, la tunique albuginée. J'ai surtout observé cette variété chez les blennorrhagiens les plus jeunes; ils avaient de dix-huit à vingt-deux ans. Je l'ai observée aussi chez les malades voisins de la trentaine. Très-rarement cette orchite est

tout à fait primitive. Dans ces cas rares les malades manifestent d'abord les symptômes que je ferai bientôt connaître, et alors il n'y a point de sérosité dans la tunique vaginale, ce que j'ai pu constater en opérant le débridement, comme je le dirai plus tard. Beaucoup plus souvent l'orchite parenchymateuse a été précédée par une épididymite. Quelquefois c'est après la vaginalite qu'on l'observe. Comme je l'ai déjà dit, il m'est arrivé de vider la tunique vaginale de la sérosité qu'elle contenait, et j'ai vu le lendemain le testicule se développer et le surplus de son volume normal remplir le vide laissé par l'évacuation de la sérosité.

L'orchite parenchymateuse donne lieu à une tumeur moins volumineuse que les autres variétés. Quand elle coïncide avec une vaginalite et une épididymite, elle entre pour une part dans la tumeur générale, mais moins que l'épididymite et plus que la vaginalite. La forme de la tumeur est avec exagération celle du testicule; c'est une masse résistante qui se rapproche de l'ovoïde. Elle fait en avant une saillie plus considérable que l'épididymite, mais moins abrupte que la vaginalite quand dans celle-ci l'épanchement est un peu considérable, car, lorsque dans la vaginalite il n'y a qu'une mince couche de liquide, la tumeur reste ovoïde.

On distingue difficilement dans l'orchite parenchymateuse la partie de la tumeur qui appartient à l'épididyme de celle qui appartient au testicule lui-même; tout est confondu en une masse dure, recouverte par une peau plus ou moins rouge, et le tissu cellulaire est quelquefois œdémateux. On constate aussi une espèce de rétraction qui fait remonter le testicule vers le ventre.

C'est la variété la plus douloureuse. Elle est avec des douleurs, des crampes vers l'aine, vers la fosse iliaque, vers le rein, vers le membre inférieur du côté correspondant. L'orchite parenchymateuse provoque des vomissements et la fièvre symptomatique la plus prononcée; elle est le point de départ des réactions les plus vives. On s'expliquera ces circonstances si l'on a égard au siége de l'inflammation, laquelle atteint un tissu renfermé dans une poche fibreuse qui résiste à l'épanouissement de ce tissu, d'où un véritable étranglement. On conçoit alors les dégâts produits par cette inflammation quand elle sévit vivement. En effet, elle ne produit pas seulement la suppuration, mais la mortification d'une partie du tissu même du testicule, lequel se vide alors plus ou moins complétement.

Après ces variétés établies sur l'élément anatomique du testicule qui se trouve plus particulièrement affecté, on pourrait en établir qui auraient pour base la position du testicule : ainsi, cet organe est ordi-

nairement contenu dans les bourses, mais il peut être retenu dans l'abdomen, dans le canal inguinal; il peut être en rapport avec le canal crural et simuler ainsi deux espèces de hernies ou des bubons. Ce même organe peut descendre vers le périnée et peut aller jusqu'à l'anus. Mais il suffit de signaler ces anomalies et de prévenir les praticiens d'examiner l'urètre, et de constater l'état des bourses avant de pratiquer une opération sur la tumeur qui est dans la sphère génitale.

Traitement. — Le traitement de l'orchite a beaucoup varié et, cela, selon moi, sans de grands avantages. On a employé les saignées locales et générales, les calmants, les purgatifs, les balsamiques, les révulsifs, toutes sortes de topiques froids ou chauds, depuis l'onguent mercuriel, depuis le cataplasme de farine de graine de lin, depuis le coton jusqu'à la terre sigillée, jusqu'au vésicatoire, jusqu'à la compression, et enfin le collodion, le chloroforme.

Je suis complétement convaincu de la vanité, de l'impuissance de ces moyens, si on les donne comme curatifs. Je m'explique. Je pense que l'orchite blennorrhagique ordinaire, c'est-à-dire l'épididymite avec plus ou moins d'épanchement dans la tunique vaginale et un peu d'irritation du testicule, je suis persuadé que cette forme d'orchite qui n'est au fond qu'un simple engorgement suivra, en général, la même marche, quels que soient les moyens dirigés contre elle, si on les puise dans la thérapeutique que je viens d'indiquer. Il ne faudrait pas me faire conclure de ce que j'avance ici à la négation de toute thérapeutique, dans toutes les circonstances de l'orchite, dans toutes ses formes, car il en est qui peuvent obliger le praticien le plus temporisateur à agir, ne serait-ce que pour calmer. D'ailleurs je vais examiner en détail cette thérapeutique.

1° *Saignées. — Calmants.* — Il est certain que, chez quelques sujets très-sanguins ou très-nerveux, les antiphlogistiques, les calmants, peuvent non pas guérir l'orchite, non pas abréger la durée de cette inflammation, mais modérer certains symptômes. Ainsi on a plus d'une fois calmé une fièvre trop intense par la saignée générale, et atténué, au moins pour quelque temps, la douleur avec des sangsues, des cataplasmes laudanisés, le tout aidé de repos.

2° *Onguent mercuriel.* — L'onguent mercuriel, non pas en frictions, mais par couches très-épaisses, comme on le fait pour la péritonite et pour certaines arthrites, ce moyen peut calmer la douleur, et même assez promptement. Mais si l'on continuait le mercure sous cette forme, on pourrait déterminer une salivation quelquefois très-inquiétante. Je suis convaincu que, chez certains sujets jeunes, ces onctions, aidées du repos, peuvent prévenir la vaginalite et l'orchite parenchymateuse.

3° *Purgatifs.* — Je pense aussi que les purgatifs doux, répétés, peuvent faciliter le dégorgement de quelques noyaux d'induration de l'épididyme, et qu'à l'état aigu il est assez souvent nécessaire de combattre la constipation. Mais, je le répète, l'orchite ordinaire suit son cours qui n'est abrégé par aucun de ces moyens.

4° *Compression.* — La compression est très-difficile dans son application ; les bandelettes dont on se sert glissent facilement ; la tumeur étant irrégulière, leur action doit porter plus sur certains points que sur d'autres. Ce moyen, d'ailleurs, ne peut guère être appliqué dans les cas graves, c'est-à-dire dans les cas d'inflammation vive : quand celle-ci sévit sur la tunique vaginale, surtout quand elle envahit le parenchyme même et dans certains cas d'épididymite, en comprimant la tumeur, on pourrait provoquer des symptômes d'étranglement. Les douleurs qu'on détermine par l'exploration, dans de certains cas d'orchite, donnent une idée des souffrances qu'on ferait endurer au malade par l'application de nombreuses bandelettes.

5° *Collodion.* — Dans ces derniers temps on a enduit le testicule malade avec du collodion. Les résultats, comme on devait s'y attendre, ont varié. Quand il y avait un simple engorgement, le collodion n'a pas été nuisible. Dans les cas de véritable inflammation il a augmenté les douleurs.

6° *Chloroforme.* — Le chloroforme en topique produit d'abord une vive douleur par son application seule, et il m'est arrivé une fois d'observer une péritonite partielle après une de ses applications faite cependant d'après les données fournies par M. Bouisson qui a beaucoup recommandé ce moyen.

7° *Compresses d'eau froide.* — Au moment où ceci est écrit, j'expérimente ce dernier moyen qui a le grand avantage de ne pas être douloureux et de hâter la résolution.

8° *Ponction de la tunique vaginale. — M. Velpeau.* — S'il est vrai que la thérapeutique ordinaire ne peut en rien entraver la marche de l'orchite, la médecine opératoire proprement dite peut avoir une vraie puissance, soit pour réprimer les accidents, soit pour abréger la durée de la maladie. Quand il y a réellement vaginalite, lorsque la séreuse est enflammée, et qu'une hydrocèle suraiguë s'est formée, la ponction de la tunique vaginale telle que l'a pratiquée d'abord M. Velpeau, peut favoriser la résolution et abattre très-promptement les douleurs. L'ouverture de la tunique vaginale se pratique avec une lancette ou un bistouri très-aigu ; elle doit avoir un centimètre et demi d'étendue. Dès que l'instrument aura pénétré dans la séreuse on lui imprimera un mouvement de demi-rotation qui écartera les bords

de la petite plaie, et facilitera l'issue du liquide. La lancette ne sera retirée qu'après l'évacuation complète de la vaginale. Si on la retirait plus tôt, les lèvres de la plaie et celles de la séreuse pourraient perdre leur parallélisme, et l'évacuation du liquide serait arrêtée.

9° *Débridement du testicule.* — *L'auteur.* — La ponction de la vaginale serait insuffisante, s'il s'agissait d'une orchite parenchymateuse. Ici, en effet, l'inflammation est avec étranglement, car elle se passe dans un organe enveloppé par une coque fibreuse très-résistante. Je fais avorter cette orchite par le *débridement du testicule.* C'est une petite incision de la tunique albuginée de un centimètre et demi avec une lancette ou un bistouri très-aigu. Cette opération n'est pas plus douloureuse que la ponction de la tunique vaginale. Ce qui est on ne peut mieux établi, c'est qu'elle est d'une complète innocuité. J'ai opéré ainsi quatre cents malades, soit en ville soit à l'hôpital du Midi. Mes internes ont souvent débridé des testicules le soir pendant une exacerbation. Nous n'avons jamais observé le moindre accident après cette petite opération, et, en général, une demi-heure, une heure après, le malade est manifestement soulagé ; il dort toute la nuit suivante, quelquefois même dans la journée qui la précède. J'ai débridé pour des cas où tous les autres moyens énergiques dirigés contre l'orchite avaient échoué. Le résultat a été le même : soulagement très-manifeste et très-prompt. Mais cette petite opération n'est pas seulement sédative ; le fer alors n'est pas seulement un calmant, c'est encore un antiphlogistique, un résolutif très-énergique et un moyen assuré de prévenir la suppuration, et par conséquent la fonte du testicule ; car, après la ponction, le dégorgement de la tumeur s'opère avec rapidité. Le chiffre élevé des ponctions doit faire supposer que j'ai plus d'une fois opéré pour des orchites qui n'étaient pas parenchymateuses, qui n'étaient pas de celles dont la conséquence fréquente est la suppuration. En effet, quand l'innocuité de cette petite incision me fut démontrée, j'en étendis l'emploi à des cas d'épididymite avec gonflement plus ou moins prononcé du testicule, avec douleurs vives et quelques symptômes sympathiques plus ou moins prononcés. Dans ces cas aussi j'ai abattu la douleur, j'ai fait taire les symptômes et hâté la guérison. Ainsi chez un malade une anomalie avait transporté l'épididyme en avant et en bas. L'inflammation de cette partie produisit une tumeur que je pris pour le testicule engorgé. J'opérai donc sur l'épididyme ; je fis disparaître les douleurs, j'éteignis les sympathies et hâtai considérablement la résolution. Le débridement serait alors, non-seulement utile au traitement de l'orchite parenchymateuse, comme je l'ai proposé et fait d'abord, il serait non-seulement applicable au traitement de la vaginalite,

comme M. Velpeau l'a surtout prouvé ; mais cette petite opération serait encore un moyen de hâter la résolution de l'épididymite, et d'arrêter les accidents que cette inflammation peut produire.

Il m'a été adressé des objections. On s'en est pris d'abord au mot de *débridement*, on a fait croire que j'allais largement inciser cet organe, et l'on a conçu les plus grandes craintes pour les canaux séminifères, qui allaient être blessés, oblitérés, qui feraient hernie, d'où atrophie du testicule, impuissance, stérilité ! Or, c'est, au plus, dans l'étendue d'un centimètre et demi que la tunique fibreuse du testicule est divisée et à une profondeur de moins de moitié. Opérez ce débridement sur le cadavre, et vous verrez que par la pression du testicule on ne fait rien sortir, car les canaux séminifères sont fixés par des liens fibreux en grand nombre. La hernie de la substance testiculaire n'a lieu que quand l'inflammation a altéré ces liens, c'est-à-dire quand on opère trop tard et qu'on incise trop largement. Il est possible que l'instrument touche à quelques canaux séminifères ; mais est-ce que l'oblitération de quelques-uns de ces innombrables conduits peut en quelque manière atrophier le testicule et annuler ses fonctions ? Pour ce qui est de l'atrophie, je puis répondre directement par des faits nombreux, car presque tous mes opérés ont été soigneusement examinés à ce point de vue, et cela longtemps après l'opération : eh bien, le testicule sur lequel elle a porté n'a jamais paru ni moins volumineux ni moins consistant que le testicule de l'autre côté. Quant à l'impuissance, la stérilité, c'est une supposition qui n'a nul fondement, car en supposant qu'il ne restât pas un autre testicule, on ne comprend pas que l'oblitération de quelques canaux du testicule, puisse annuler ses fonctions. D'ailleurs, le meilleur moyen d'oblitérer ces canaux en très-grand nombre, c'est de laisser persister l'inflammation ; le meilleur moyen de les détruire, c'est d'attendre la suppuration. Or, rien, excepté une petite incision, n'arrêtera les progrès d'une vive inflammation du parenchyme même du testicule. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que les deux chirurgiens les plus compétents, les plus praticiens de ceux qui ont tenté de me combattre sur ce point, ont fait la même et la moins sérieuse objection. Depuis, un de ces chirurgiens s'est donné comme l'inventeur de cette méthode ! Il faut craindre, a dit M. Velpeau, que cette opération n'épouvante les malades et les praticiens. Qui a jamais songé à s'effrayer de la piqûre de la tunique vaginale ? Tous les jours les malades s'y prêtent très-facilement, car tous les jours les praticiens que je désigne, pratiquent cette opération. Or, quand vous avez à agir sur la tunique fibreuse, est-ce que le malade pourra distinguer si vous pénétrez à quelques millimètres plus profondément ? Quant aux

praticiens, je crois qu'ils pourront être rassurés par les faits nombreux qui parlent aujourd'hui en faveur de cette méthode.

Quelle que soit la variété qu'on ait à traiter, on doit savoir la conduite à tenir quant à l'écoulement ou pour mieux dire à l'urétrite. Je pense qu'il n'y a aucun moyen à diriger sur l'urètre pendant la période aiguë de l'orchite ; c'est contre cet accident qu'il faut diriger les moyens thérapeutiques tels qu'ils viennent d'être décrits. Je ne pense pas qu'on songe encore à rappeler l'écoulement par l'introduction dans l'urètre d'un corps étranger, seul ou imprégné de muco-pus qu'on voudrait inoculer. D'abord l'écoulement existant presque toujours à un certain degré, il n'y a pas à le rappeler en général. D'un autre, côté le corps étranger ranimant l'urétrite qui a été cause de l'orchite, on peut exaspérer ou prolonger la durée de cet accident et obtenir ainsi un résultat opposé à celui qu'on s'était promis. On ne doit songer à l'écoulement que tout à fait au déclin de l'orchite, et alors les meilleurs moyens sont les antiblennorrhagiques indirects, les résineux.

PROSTATITE BLENNORRHAGIQUE.

Les engorgements chroniques de la prostate ont été étudiés avec beaucoup de soin dans les temps modernes. Home, J. L. Petit, et tout récemment MM. Mercier, Civiale et Leroy ont beaucoup fait pour ces maladies observées chez les vieillards. Mais la prostatite aiguë, celle qu'on observe avant la cinquième année, cette lésion qui est surtout un accident de la blennorrhagie, a été fort négligée. Sans doute les auteurs qui ont fixé leur attention sur la blennorrhagie urétrale n'ont pu laisser échapper certains symptômes de la prostatite ainsi B. Bell trace quelques lignes de son histoire que je ferai connaître bientôt; mais l'histoire un peu complète est à refaire, et les faits réellement détaillés, authentiques, manquent jusqu'à présent. C'est ce qui m'engage à transcrire ici trois observations qui, je crois, pourront être utilisées par ceux qui voudront un jour décrire la prostatite blennorrhagique. Ces faits ont été recueillis par M. de Castelnau, pendant qu'il était mon interne à l'hôpital du Midi.

Observation 1re. — Diot, âgé de quarante ans, porteur aux halles, hommes à cheveux bruns, à yeux noirs, à peau brune, d'une taille ordinaire, bien musclé, est entré à l'hospice du Midi, salle 10, nº 5, le 6 février 1843. Il n'a jamais été malade, soit de la syphilis, soit d'aucune autre maladie. Le premier de l'an, il a des rapports avec une femme veuve, non pendant qu'elle avait ses règles. Il ne sait pas si elle était

infectée. Au bout de quatre jours, écoulement léger, non douloureux par l'urètre. Cet écoulement dure ainsi pendant dix jours, après lesquels il survient quelques picotements en urinant; ils sont bientôt suivis d'envies fréquentes d'uriner. Ces besoins augmentent promptement de fréquence, et deviennent si impérieux, que le malade est obligé de les satisfaire, quel que soit le lieu où il se trouve, sous peine de rendre ses urines involontairement. Depuis huit jours, à ces symptômes s'est ajoutée une difficulté, de plus en plus considérable, d'uriner, laquelle, depuis hier, s'est convertie en une rétention d'urine complète, ce qui a jeté le malade dans un état d'anxiété extrême.

Après son entrée, on pratique le cathétérisme. La sonde pénètre dans la vessie avec la plus grande facilité, et sans plus de douleur que d'ordinaire; son pavillon est seulement un peu dévié latéralement à gauche, lorsque le bec arrive dans la région prostatique. Aussitôt qu'elle a pénétré, il sort, avec force, environ deux tiers de litre d'urine. Le canal est le siége d'élancements, de picotements, d'un sentiment de brûlure dans toute sa longueur; mais c'est surtout la région périnéale profonde qui est douloureuse. Cette douleur empêche le malade de s'asseoir, et lui fait pousser des gémissements continuels. Le toucher par le rectum permet de constater dans la région prostatique, une tumeur, à surface qu'on dirait carrée, présentant deux bords latéraux, à peu près parallèles à la direction de l'intestin, et deux autres bords, l'un antérieur, l'autre postérieur, perpendiculaires au premier. La surface que forme l'intersection de ces bords peut avoir environ deux pouces d'un côté à l'autre. L'angle formé par la rencontre du bord droit et du bord postérieur, est beaucoup plus saillant que celui formé par le même bord postérieur et le bord gauche. Cet excès de saillie du côté droit existe d'ailleurs à un degré moins prononcé dans toute la longueur de la tumeur. La pression sur cette tumeur est insupportable; la consistance est à peu près comme celle d'une tumeur phlegmoneuse qui offrirait une fluctuation obscure. On ne voit qu'un très-léger suintement séro-muqueux au méat urinaire.

La face du malade est rouge, les conjonctives sont injectées, les yeux saillants; la chaleur de la peau est élevée; le pouls à 100 environ. Il n'y a pas d'appétit ni de sommeil. Le cathétérisme calme un peu l'état du malade. — Prescription : tisane de tilleul orangée ; 30 sangsues et cataplasme au périnée ; diète. — Le soir, les douleurs périnéales sont un peu moindres, mais la rétention d'urine est toujours complète. Le cathétérisme est de nouveau pratiqué avec la même facilité, et la sonde est toujours un peu déviée latéralement quand elle arrive à la portion prostatique de l'urètre. On ne prescrit rien de nouveau.

Le 7 février, au matin, le malade n'a pas dormi de la nuit et l'on a été obligé de le sonder à trois heures du matin. Le cathétérisme a toujours été aussi facile. La tumeur explorée par le rectum a présenté à peu près le même volume qu'hier. Le reste, comme hier au soir. — Prescription : 25 sangsues au périnée, suivies d'un cataplasme, 2 pilules opiacées et camphrées ; lavement camphré, bain de siége ; le reste comme hier.

Le 8, la tumeur a sensiblement diminué de volume ; elle paraît plus molle et comme fluctuante ; elle est toujours à peu près aussi douloureuse à la pression, mais elle l'est moins spontanément ; une selle a été provoquée hier par le lavement ; elle a déterminé des douleurs vives dans la tumeur. Cette nuit, le malade a pu expulser quelques gouttes d'urine ; on a néanmoins été obligé de le sonder, ce qui a été aussi facile que précédemment. Le jet de l'urine qui sortait de la sonde a été lancé assez loin. Point de sommeil la nuit ; facies un peu moins anxieux ; pouls à 90, moins fort. Même prescription, moins les sangsues.

Le 9, le même état persiste presque sans changement : le malade souffre cependant un peu moins, mais il n'a pu uriner que quelques gouttes. La tumeur semble aussi diminuer, au moins au côté de son angle saillant. Le cathétérisme offre toujours les mêmes particularités. Pouls à 85-90, encore assez fort ; chaleur un peu plus que normale de la peau. Même prescription, plus 10 sangsues au périnée, et moins le lavement.

Le 10, amélioration notable ; le malade a pu uriner un verre de liquide en sept ou huit fois différentes et goutte par goutte ; cela lui a suffi pour n'avoir pas besoin d'être sondé la nuit. Il a dormi un peu ; les douleurs spontanées sont modérées dans le canal et la région périnéale ; elles sont encore assez vives à la pression. Le toucher rectal permet de constater que l'angle si saillant qui existait à droite est à peu près complétement effacé, et que la tumeur n'est guère plus saillante de ce côté que du côté gauche ; elle a également diminué d'une manière notable dans sa totalité, et a pris une consistance plus molle. La chaleur de la peau est à peu près normale ; le pouls peu développé, à 70-75 ; un peu d'appétit. L'écoulement urétral est devenu un peu opaque et un peu plus abondant, mais il ne s'est rien écoulé qui ait pu faire croire à l'ouverture d'un abcès dans les voies urinaires. Chaleur de la peau normale ; pouls peu développé, à 70. Appétit prononcé. Le cathétérisme est pratiqué ce matin sans plus ni moins de facilité que précédemment. Tilleul ordinaire, cataplasme sur le périnée, bain de siége prolongé ; deux bouillons.

Le 11, plus de deux verres d'urine ont été rendus sans le secours du cathétérisme, et presque exclusivement goutte à goutte ; de temps en temps seulement, lorsque le malade poussait très-fort, l'urine sortait un instant par un jet fin qui cessait presque aussitôt. Le cathétérisme n'a été nécessaire qu'une fois, hier au soir. La tumeur explorée par le rectum continue à diminuer de volume : la diminution s'opère surtout aux angles qui s'effacent de plus en plus. Les douleurs sont peu considérables, même à la pression. Le sommeil n'a été interrompu que par des envies, toujours très-fréquentes, d'uriner. Appétit très-vif. Pouls et chaleur à l'état normal. Même prescription, plus deux soupes.

A partir de ce jour, l'état du malade continue à s'améliorer sans interruption ; les urines sont moins difficiles. Le 18, elles sont rendues presque sans douleur, quoique plus fréquemment qu'à l'état normal. Le 26, elles sont tout à fait normales. La tumeur diminue de plus en plus et devient complétement indolente à la pression. A la sortie du malade, il n'y a aucune saillie anormale dans le rectum. L'écoulement urétral suit une marche opposée au reste de la maladie. Le 18, il est presque aussi abondant qu'avant les accidents. Depuis ce jour jusqu'au 11 mars, on donne 4 grammes de térébenthine sans aucun succès ; on prescrit alors le cubèbe à doses croissantes, jusqu'à 20 grammes. Au deuxième jour de l'administration du poivre, l'écoulement a diminué notablement. Au sixième, il a complétement disparu. On continue ce médicament jusqu'à la sortie du malade, et l'écoulement ne se reproduit pas, quoique, dans les cinq derniers jours, le malade ait passé une partie de la journée dans le jardin. Les aliments ont été graduellement augmentés jusqu'à la portion entière, sans que les digestions aient été un moment troublées. Enfin, le malade sort le 3 avril, dans un état de santé parfaite.

Je ne sais s'il y a dans la science une observation plus complète, plus concluante. On voit ici la prostatite suivre de près la blennorrhagie. Les besoins d'uriner ont été on ne peut plus fréquents, la rétention d'urine complète. La douleur périnéale était telle que le malade ne pouvait s'asseoir. Le toucher par le rectum est presque insupportable. La prostate forme une tumeur volumineuse. Il n'y a qu'un suintement urétral pendant la prostatite. La sonde entre dans la vessie avec facilité ; elle est déjetée d'un côté, preuve qu'un lobe de la prostate est plus développé, ce que le toucher avait déjà fait reconnaître. L'amélioration coïncide avec un écoulement plus considérable. La résolution de la tumeur formée par la prostate est complète ; ce qui prouve qu'il s'agissait ici d'un état seulement aigu. Les applications de sangsues ont parfaitement réussi.

Observation 2e. — Collat, vingt-sept ans, imprimeur, entré le 8 juillet 1844; constitution robuste; depuis quelques années sujet au rhumatisme. Il y a trois semaines, cet homme fut pris d'une blennorrhagie quatre jours après un coït impur. L'écoulement devint promptement blanc, épais, assez abondant, mais il ne s'accompagna point de douleur vive en urinant. Le 6 juillet, il était à peu près nul, non douloureux. Le soir, excès alcoolique; dès le lendemain, impossibilité d'uriner. Le malade passe dans cet état toute la journée du dimanche, 7 juillet, et vient se présenter le lundi matin à la consultation.

8 juillet. — La face est pâle, anxieuse; le pouls faible; le corps est penché en avant; l'hypogastre est douloureux, tendu; envies fréquentes d'uriner, que le malade ne peut satisfaire; pesanteur au périnée; épreintes à l'anus. La matité hypogastrique remonte jusqu'à l'ombilic.

Près de trois litres d'urine sont évacués par la sonde (le malade a dit n'avoir point uriné depuis quarante heures); la sonde entre facilement; seulement son passage à la région prostatique est douloureux, mais il ne fournit point au chirurgien la sensation d'un obstacle. Le toucher rectal fait constater une tuméfaction prononcée de la prostate. — Petit-lait; 20 sangsues au périnée; lavement émollient; diète; cathétérisme pratiqué trois fois dans les vingt-quatre heures.

9 juillet. — Les sangsues ont fourni peu de sang. Même traitement; un bain de siége. La défécation se fait plus librement, mais lorsqu'elle s'exécute, elle est douloureuse et donne lieu à un ténesme vésical très-prononcé. Le malade est sondé trois fois.

10 juillet. — Amélioration; les envies d'uriner sont moins fréquentes, et le malade rend seul quelques cuillerées d'urine; la prostate a diminué de volume. — Petit-lait; 20 sangsues au périnée; deux cathétérismes dans les vingt-quatre heures.

11 juillet. — Les dernières sangsues ont fourni beaucoup de sang. Grande amélioration. La prostate a presque repris son volume normal. Bain entier. Le cathétérisme est encore pratiqué deux fois.

12 juillet. — Le malade a rendu sans cathétérisme, pendant la nuit, environ un demi-litre d'urine en plusieurs fois. Bain entier prolongé. Un seul cathétérisme pratiqué le soir.

13 juillet. — Le toucher rectal constate que la prostate n'est plus tuméfiée. Il n'est plus nécessaire de sonder le malade. En effet, celui-ci urine bien, à des intervalles assez éloignés et par un jet bien continu. La blennorrhagie a repris le caractère aigu; l'écoulement est blanc, épais, mais non douloureux.

20 juillet. — Tisane de bourgeons de sapin, poivre de cubèbe. L'écoulement disparaît peu à peu; le malade sort guéri le 31 juillet.

Ici, la blennorrhagie était déjà ancienne. On doit noter comme cause déterminante un excès alcoolique qui est suivi presque immédiatement de la prostatite, puisque le lendemain déjà la rétention d'urine était complète.

Observation 3e. — B..., trente ans, entre le 10 juin 1844. Constitution peu robuste; tempérament lymphatique; bonne santé habituelle. Cet homme contracta une blennorrhagie il y a huit mois. Il ne la traita jamais d'une manière régulière, interrompant un traitement commencé pour se livrer à des excès de tous genres. Chaque fois la blennorrhagie reprenait l'état aigu, puis diminuait spontanément tant que le malade modérait ses excès et prenait du repos. Le 9 juin, cet homme se livra aux boissons alcooliques, plusieurs fois au coït, et rentra ivre chez lui. Dans la nuit, impossibilité d'uriner, et le lundi matin même impossibilité. Il se présenta à la consultation. Voici quel était son état. La face est pâle et offre les traces de l'anxiété ; la peau est froide; le pouls est peu développé; il se tient courbé en avant comme un homme qu'un obstacle puissant empêche de se redresser. La vessie est distendue par une grande quantité d'urine; douleur vive dans le bas-ventre, pesanteur au périnée; point de douleur ni épreintes à l'anus. Par le toucher rectal, on constate une augmentation très-notable du volume de la prostate; elle est chaude, peu douloureuse, si ce n'est par une forte pression.

Ce malade est sondé dès son entrée. On retire au moins deux litres d'urine. Le cathétérisme n'offre aucune difficulté, seulement le passage de la sonde à la région prostatique fait naître en ce point une sensibilité anormale. — Petit-lait; 20 sangsues au périnée; diète. — Au bout de deux heures, le ténesme vésical est aussi fort que le matin. Nouveau cathétérisme à deux heures, puis à six heures de l'après-midi, et enfin le soir à onze heures.

11 juin. — Même état. La vessie est encore distendue; le malade ne peut expulser la moindre goutte d'urine; d'ailleurs, le traitement a été nul; aucune des 20 sangsues n'a tiré du sang. Bain entier; 20 sangsues au périnée; diète. On sonde le malade quatre fois. Le soir, nouvelle application de sangsues, les premières n'ayant pas pris. Six sangsues seulement tirent du sang ; ainsi, sur 60 sangsues, six seulement ont été utiles.

12 juin. — Même état; même prescription. Cette fois, les sangsues saignent beaucoup; aussi amènent-elles une amélioration. Le toucher rectal pratiqué à onze heures du soir permet de constater une diminution assez notable du volume de la prostate; cependant le cathétérisme a été pratiqué encore quatre fois. Dans la nuit, à la suite d'ef-

forts assez grands, le malade rend environ un demi-verre d'urine en plusieurs fois.

13 juin. — Le matin, la vessie est encore très-distendue, mais la douleur hypogastrique est moindre. Le malade demande à manger. Pas de fièvre. — Petit-lait ; bain entier prolongé ; lavement émollient ; un bouillon. On ne passe la sonde que trois fois dans les vingt-quatre heures.

14 juin. — Le malade commence à uriner seul. La prostate a encore diminué de volume ; elle a repris, à peu de chose près, son volume habituel ; cependant on est encore obligé de sonder deux fois par jour, le matin et le soir, jusqu'au 16 juin. — Petit-lait ; 20 sangsues au périnée ; deux potages. L'amélioration continue. Le 17 juin, la prostate n'est plus tuméfiée, et le malade urine seul et sans douleur.

Lors de l'entrée de ce malade, l'urètre n'était le siége que d'un simple suintement séreux ; l'écoulement a repris le caractère aigu. L'épididyme droit s'est engorgé. Repos au lit ; cataplasmes sur la tumeur ; légère alimentation (deux portions). Le 30 juin, tisane de bourgeons de sapin ; poivre de cubèbe, 20 grammes. Le malade sort guéri le 10 juillet.

Ici encore ! blennorrhagie ancienne, excès alcooliques et autres comme causes déterminantes de la prostatite. La tumeur formée par la glande est chaude, mais moins douloureuse que dans les autres cas. Le retour de l'écoulement urétral coïncide encore avec la guérison de la prostatite.

On le voit, dans ces trois observations, la prostatite a lieu chez des sujets ayant plus de trente ans. Comme pour l'orchite, ce n'est pas la blennorrhagie la plus intense qui la produit. Dans les trois cas cités, l'écoulement était peu abondant, la cause occasionnelle se trouve dans un excès de boissons alcooliques, et il est survenu une rétention d'urine si complète qu'on aurait pu croire à une obstruction de l'uretère ou à une paralysie de la vessie. Le cathétérisme a été néanmoins facile et l'urine a jailli par la sonde. Il faut noter cependant que le passage de cet instrument à la région prostatique était douloureux. Toujours la guérison a coïncidé avec une augmentation dans la quantité de l'écoulement. Si on classait les degrés de la blennorrhagie comme B. Bell, on dirait qu'elle est passée alors du troisième au second degré.

Comment peut-on expliquer la rétention d'urine et la facilité du cathétérisme dans les cas de prostatite ? On sait que la glande peut se développer en totalité, ou bien le développement ne porte que sur un

lobe. Dans ce dernier cas, c'est le plus souvent le lobe moyen. Si le malade veut uriner, ce lobe développé se porte contre le commencement de l'urètre et l'obstrue. L'urine, en voulant sortir, ferme donc cette espèce de soupape ; la sonde, au contraire, l'abaisse facilement. Il en est de même quand un des lobes latéraux s'engorge isolément : la tumeur qu'il forme fait infléchir l'urètre du côté opposé ; elle fait encore l'office d'une soupape : la sonde dans ce cas pénètre aisément encore dans la vessie, et redresse la portion prostatique de l'urètre. Une fois dans la vessie, on constate que l'instrument est déjeté d'un côté comme dans la première observation.

Chez un vieillard, on peut supposer une paralysie de la vessie ; mais qu'arrive-t-il alors ? La sonde arrivée dans cet organe, on voit l'urine ne couler qu'en bavant, tandis que dans les trois cas observés par nous, le liquide sortait par un jet fort et continu.

Les trois sujets observés par nous se sont plaints d'épreintes vésicales et anales, de douleurs vives pendant la défécation ; le toucher par le rectum a permis de constater une tumeur au point qui correspond à la prostate ; dans un cas elle était comme carrée (première observation). Cet examen était très-douloureux, excepté dans un cas. La tumeur était chaude et offrait l'élasticité du testicule enflammé.

Les douleurs augmentaient quand les malades étaient assis, quand ils croisaient les jambes ou quand ils marchaient. L'un d'eux avait le corps fortement courbé en avant, et rien ne pouvait lui faire redresser le tronc.

Le même traitement a été employé. Des applications de sangsues, nombreuses et répétées, ont été faites au périnée, et, à mesure, les symptômes ont diminué d'intensité, comme je l'ai déjà noté. Après la résolution de l'inflammation de la prostate, on a vu le retour de la blennorrhagie.

J'ai déjà dit que B. Bell avait ébauché l'histoire de la prostatite blennorrhagique. Il avait, en effet, reconnu qu'elle peut survenir peu à peu ou tout d'un coup, c'est-à-dire par extension de l'urétrite et quand celle-ci est déjà ancienne, ou bien subitement. Il prétend, ce qui est possible, que la prostatite peut avoir lieu brusquement, quand le commencement de l'urètre est enflammé, et sans que les points intermédiaires de ce canal soient affectés ; il y aurait alors une espèce de métastase. B. Bell préconise avec raison les lavements avec :

Laudanum	30 gouttes.
Amidon..........................	60 grammes.
Eau	q. s.

Injecter doucement dans le rectum.

C'est un bon moyen pour calmer les douleurs et les épreintes violentes.

Selon Bell, il vaut mieux favoriser l'écoulement que de l'arrêter, c'est-à-dire qu'il faut diminuer l'inflammation par degré. Pour cela, il compte beaucoup sur la saignée. Il prescrit les injections astringentes ou bien les injections émollientes, ce qui est un tort, car, avec la prostatite aiguë, rien de plus nuisible que les liquides introduits dans l'urètre.

CYSTITE BLENNORRHAGIQUE.

Il y a deux méthodes opposées pour traiter la blennorrhagie, que je crois également dangereuses; celle qui brusque le dénoûment et celle qui l'attend dans une inaction à peu près complète. Ces deux méthodes peuvent préparer la chronicité, l'extension ou le déplacement de la blennorrhagie. Ainsi, il est remarquable que tous les sujets des observations de néphrite, ayant des rapports plus ou moins directs avec la blennorrhagie; il est remarquable, dis-je, que tous ces sujets avaient pris la potion de Chopart ou un autre antiblennorrhagique énergique. Les inflammations du col vésical ou du réservoir urinaire ne sont pas rares après l'administration de ces moyens. Mais par l'inaction on peut arriver au même résultat. On verra que l'observation suivante est fournie par un sujet atteint d'une blennorrhagie très-modérée, laquelle d'urétrale est devenue cystique, et cela pendant que le malade était dans le plus entier repos, soumis au régime et à l'abri de tout excès, de tout changement brusque de température. Je me bornerai à cette observation pour toute description parce que la cystite qui arrive le plus ordinairement par extension graduelle de l'inflammation urétrale, ressemble à toutes les cystites qu'on décrit dans les livres classiques. D'ailleurs ce fait est surtout intéressant au point de vue pratique; c'est un succès remarquable des cautères au périnée.

Observation 4ᵉ. — G..., trente ans, carrier depuis l'âge de quinze ans. Né à Montigny (Yonne), à Paris depuis six ans; taille haute, membres forts, visage coloré, cheveux et barbe noirs et abondants, aspect très-vigoureux. G... s'est toujours très-bien porté; il a l'habitude de boire beaucoup de vin, peu d'eau-de-vie; il ne s'est jamais livré à la masturbation, n'a commencé à approcher les femmes qu'à l'âge de vingt ans, et jusqu'à l'année 1840 il en a usé avec une grande modération; dans ces deux dernières années, au contraire, il a fait des excès de coït. Le travail de G... était fort pénible, mais il ne descendait point dans les puits.

Vers le 20 mai 1842, le malade, qui n'avait jamais eu d'affection vénérienne, eut des rapports intimes avec une fille publique, lesquels eurent pour conséquence un écoulement. Dès le début, il y eut douleurs très-vives en urinant, la matière de l'écoulement fut blanchâtre, peu épaisse, mais abondante. Il y avait des érections fréquentes et douloureuses. G... ne se soumit à aucun traitement; il dit seulement avoir suivi un régime; cependant il continua à travailler jusqu'au 26 mai. Alors la douleur devint plus vive, le gland et le prépuce s'engorgèrent; le malade se mit au lit jusqu'au 2 juin. Il vint le lendemain de Montrouge à Paris, et obtint un lit dans mon service.

On vit alors le prépuce gonflé, rouge, œdémateux, recouvrant le gland qui lui-même était augmenté de volume; tout le fourreau de la verge était infiltré de sérosité. Une matière blanchâtre s'écoulait par l'ouverture du prépuce, la douleur était très-vive. Bains locaux, émollients prolongés et répétés trois fois par jour; injections émollientes entre le prépuce et le gland; repos au lit; une portion; bains entiers.

Sous l'influence de ces moyens les symptômes extérieurs s'amendèrent rapidement. Le 15 juin, il ne restait qu'un peu d'œdème à la partie inférieure du prépuce, lequel céda en peu de jours à la compression faite avec des bandelettes de diachylum.

25 juin. — Il n'y a d'apparent qu'un écoulement urétral peu épais et peu abondant; cependant les douleurs sont très-vives en urinant et après avoir uriné. C'est vers le méat urinaire que G... rapporte le maximum de ses douleurs. Le malade est au même régime.

30 juin. — On a permis au malade trois portions, mais les douleurs ont augmenté et G... rend un peu de sang avec les urines qui sont, du reste, très-limpides; il urine six ou sept fois dans les vingt-quatre heures. L'écoulement est le même. Deux portions; garder le lit; trois purgations pour remédier à une constipation opiniâtre qui est, du reste, une habitude chez ce malade.

6 juillet. — L'écoulement est le même, le sujet rend, chaque fois qu'il commence à uriner, de petits caillots de sang; l'urine est encore mêlée de quelques filets de sang, la douleur est la même en urinant et quelque temps après, puis le malade est tranquille.

14 juillet. — L'urine n'est plus mêlée de sang, l'écoulement est bien moindre, mais le malade est forcé d'uriner plus souvent, averti par une douleur cuisante au périnée. Cette douleur n'est pas augmentée par le passage de l'urine, mais elle persiste encore pendant un quart

d'heure, après la déjection. Une portion, deux laits; petit-lait pour boisson; repos.

20 juillet. — Le malade urine depuis quelques jours presque toutes les heures. Il éprouve, quand le besoin se fait sentir, une douleur vive, impérieuse derrière la verge; s'il résiste un peu cette douleur retentit dans les deux aines et le force à uriner. La douleur est pendant cette fonction à la racine de la verge. Une autre douleur existe à l'hypogastre sur le point qui correspond à la vessie. L'écoulement est très-léger; la quantité d'urine n'est pas augmentée. Les urines qui, il y a huit jours, étaient parfaitement limpides, déposent maintenant une épaisse couche de mucus verdâtre comme gélatineux, filant, adhérent au fond du vase. C'est surtout vers le soir que les douleurs sont très-vives et que les besoins d'uriner se représentent fréquemment. En même temps on observe un léger mouvement fébrile. Continuer le régime; vingt-cinq sangsues au périnée, bain.

28 juillet. — Il a été fait une seconde application de sangsues. Les douleurs sont bien moindres, le malade n'a pas uriné plus de quinze fois depuis hier matin. Hier soir il n'a pas éprouvé les lassitudes et le léger mouvement fébrile qui existait depuis quelques jours, mais les urines déposent de la même manière. Le malade souffre encore à l'hypogastre. Quatre grammes de térébenthine cuite; bains.

3 août. — L'écoulement est extrêmement léger, presque incolore, le dépôt de l'urine est moins abondant, moins vert, moins visqueux. Les douleurs sont toujours assez vives; le malade urine une quinzaine de fois en vingt-quatre heures. La quantité d'urine est un peu augmentée, car le vase ne suffit plus pour la journée et la nuit. On a porté la dose de térébenthine à 8 grammes. Cautère au périnée à l'aide du caustique de Vienne. Petit-lait. Deux portions.

12 août. — L'escarre est enlevée, le cautère est formé, on l'entretient avec un pois. Continuer les 8 grammes de térébenthine. L'urine prend de plus en plus de la transparence; elle ne laisse plus qu'un dépôt léger et blanchâtre au fond du vase; ce dépôt est peu adhérent, la couleur des urines devient citrine. La douleur annonçant le besoin d'uriner est encore assez vive en arrière de la verge; elle continue pendant le passage de l'urine, mais cesse aussitôt après. Le malade urine une douzaine de fois dans les vingt-quatre heures; il demande à manger. Deux portions, trois laits. Continuer la térébenthine.

25 août. — Il n'y a plus d'écoulement, mais de temps à autre un très-léger suintement. Les urines sont rendues sans aucune douleur,

elles sont redevenues complétement limpides depuis quelques jours. Les besoins d'uriner, qui sont moins fréquents, se manifestent par une douleur moins impérieuse ; elle est d'ailleurs à la racine des bourses et non derrière le pubis ni dans les aines. Entretenir le cautère. Cesser la térébenthine. Trois portions.

3 septembre. — Le malade mange quatre portions et se lève tous les jours ; il n'urine plus que cinq ou six fois en vingt-quatre heures, sans gêne ni douleur. Il peut résister plusieurs heures à un besoin d'uriner, sans qu'il en résulte aucun inconvénient. Les urines sont claires ; il n'y a pas d'écoulement. Le malade va de mieux en mieux.

10 septembre. — G... est parfaitement guéri et obtient son *exeat*.

Je recommande aux praticiens le cautère au périnée que j'applique assez souvent dans les cas de cystite opiniâtre. Je le remplace quelquefois par un séton avec lequel je traverse un pli de la peau de la même région. Ainsi, dans la salle nº 11 de mon service, était un sujet atteint d'une très-ancienne affection de la vessie, laquelle avait résisté à tous les moyens indirects possibles, à deux forts cautères sur la région hypogastrique, et qui a cédé au séton appliqué au périnée.

NÉPHRITE BLENNORRHAGIQUE.

Les inflammations des reins dans leurs rapports avec les maladies chroniques de l'urètre, de la prostate, de la vessie, commencent à être sérieusement étudiées. Ces néphrites d'ailleurs sont assez fréquentes, car la plupart des maladies des pièces de l'appareil urinaire qui précèdent les reins étant avec rétention d'urine plus ou moins complète, on peut présumer que le séjour trop prolongé de l'urine devient une nouvelle cause d'aggravation, d'extension de l'inflammation déjà existante, laquelle de la vessie passe aux uretères qui la transmettent souvent aux reins. M. Rayer rapporte [1] un fait qui montre l'inflammation dans sa forme la plus extensive. En effet, on a observé d'abord la blennorrhagie, puis est survenu un rétrécissement avec des infiltrations, des abcès urineux ; sont arrivées ensuite des douleurs à l'hypogastre, dans la région des reins, des envies fréquentes d'uriner, des urines purulentes, des engourdissements dans les membres inférieurs. Enfin, la mort a permis de constater anatomiquement des lésions de toutes les pièces de l'appareil urinaire. Mais quand ces lésions s'établissent avec

[1] *Traité des maladies des reins*, t. III.

une grande lenteur, comme on le trouve dans les livres, comme le note M. Rayer, on peut supposer qu'une autre inflammation est venue s'adjoindre aux effets de l'inflammation blennorrhagique, laquelle, d'ailleurs, a pu singulièrement changer de caractère pendant ce long temps. Ainsi, dans l'observation rapportée par M. Rayer, ce praticien note que les symptômes de la néphrite ont apparu sept ans seulement après la blennorrhagie, et la néphrite était calculeuse. M. Rayer ne cite aucune observation qui établisse scientifiquement ce que j'appelle *néphrite blennorrhagique*, c'est-à-dire cette inflammation qu'on peut comparer à l'orchite de même nature.

B. Bell, dans son traité si étendu de la *Gonorrhée virulente*, est fort bref sur les rapports de cette maladie avec la néphrite. Il dit, dans un passage [1] : « Les reins se trouvent quelquefois affectés par sympathie nerveuse, ou parce que l'inflammation de la vessie gagne le long des uretères. » Voilà donc deux espèces de néphrites blennorrhagiques qui peuvent être comparées aux deux orchites blennorrhagiques. Il est bon de noter cette opinion de B. Bell qu'il faut mettre en regard du fait contenu dans la LXII[e] lettre de Morgagni. Ici il est question d'un Chevalier, âgé de quarante-six ans, qui eut trois blennorrhagies avec des accidents qu'on rapportait tous à une grave affection de la vessie; eh bien, à l'autopsie, voici ce qu'on trouva : « Les reins étaient plus petits que dans l'état naturel; ils avaient une forme extraordinaire, et présentaient çà et là extérieurement plusieurs protubérances. Celles-ci disséquées laissèrent voir une humeur sanieuse qui avait une voie ouverte dans le bassinet. Mais *dans la vessie urinaire dans laquelle on croyait, d'après le consentement unanime de plusieurs hommes savants, que se trouvait le principe de la maladie, il ne se présenta nulle part rien de remarquable*, si ce n'est une légère érosion vers les orifices des uretères. »

Ici l'inflammation blennorrhagique aurait franchi la vessie en l'évitant pour se précipiter sur le rein qu'on a trouvé en suppuration. On regrettera, en lisant cette observation, l'absence de détails sur l'état de l'urètre et de la prostate.

Les rapports de la blennorrhagie avec la néphrite sont très-éloignés dans les diverses observations que j'ai trouvées en compulsant les auteurs; il s'est toujours passé un long temps entre les deux inflammations. Il y a eu constamment aussi plusieurs blennorrhagies et l'apparition de la néphrite est d'une date très-éloignée de celle de la dernière blennorrhagie considérée comme cause de l'inflammation des reins. Je vais citer une observation recueillie dans mon service qui établit, d'une

[1] T. I, p. 41.

manière beaucoup plus précise, l'intimité des rapports de la blennorrhagie avec la néphrite.

Observation. — P..., Théophile, âgé de vingt-trois ans, peintre, né à Saint-Brieuc; teint pâle, cheveux noirs, taille moyenne, stature grêle, membres petits, peu musculeux, santé habituellement bonne. Cependant P... supporte mal les fatigues. Vivant à Paris depuis cinq ans, il a fait, depuis cette époque, quelques excès de femmes, moins toutefois depuis deux ans que les années précédentes. Il ne s'est jamais livré à aucun autre excès.

A l'âge de dix-sept ans, approchant une femme pour la première fois, P... contracta une blennorrhagie. Il y eut, dès le début, douleur très-vive en urinant, écoulement qui donnait sur le vert et abondant, rougeur au commencement de l'urètre. Il se soumit à un régime sévère, il prit de la tisane pendant un mois; puis on lui administra la potion de Chopart et l'écoulement cessa complétement. Un mois après, P... contracta un nouvel écoulement qui fut moins douloureux que le précédent et guérit à peu près de la même manière; à cette époque il arriva à Paris où il resta deux ans sans être affecté d'aucun mal vénérien.

Il y a deux ans, P... contracta un troisième écoulement. Celui-ci ne présenta aucun caractère aigu; en effet, peu de douleur, aucune rougeur, écoulement blanc peu consistant, peu abondant. Le malade observa d'abord le régime sans se soumettre à un traitement actif. Après quelques semaines, il n'avait plus qu'un suintement urétral qui paraissait surtout le matin et augmentait par intervalles avec un peu de prurit dans l'urètre. P... reprit ses habitudes, eut encore des rapports intimes avec des femmes, etc. Vers le 10 septembre dernier, les choses étant dans cet état, P... éprouva une douleur en urinant, douleur plus vive pendant l'érection. L'écoulement devint plus épais, plus abondant. Était-ce une nouvelle chaude-pisse que le sujet avait contractée ou l'exaspération de l'ancienne? Quoi qu'il en soit, cette blennorrhagie durait depuis une vingtaine de jours avec les mêmes caractères qu'au début, lorsque le malade se livra, pendant une nuit entière, à des excès de vin et d'eau-de-vie. Dès le lendemain l'écoulement devint plus épais, verdâtre, teint d'un peu de sang; l'émission de l'urine s'accompagna de cuissons vers le gland. Bientôt une douleur plus vive se manifesta derrière le pubis, douleur qui s'exaspérait par l'accumulation de l'urine et par l'action de la rejeter. Les besoins d'uriner ne furent pas du reste plus fréquents que d'habitude, mais ils furent plus impérieux; le sommeil était bon et sans aucune interruption pendant la nuit. Cet état dura environ deux semaines. P... prit des

bains ; il dit avoir observé un régime, et cependant il mangeait abondamment. Il se promenait longtemps tous les soirs ; il prit en outre du copahu et se purgea à plusieurs reprises. La douleur diminua rapidement derrière la racine de la verge, l'écoulement cessa complétement, il n'y avait plus qu'une douleur vague et très-peu vive dans le bassin, qui n'augmentait pas en urinant.

Dans la nuit du 15 au 16 octobre, le malade est éveillé par des frissons, et bientôt survient une vive douleur fixée au niveau du rein gauche avec élancements profonds et continus. P... reste agité et éveillé toute la nuit et se trouve un peu mieux le lendemain matin. Mais chaque soir la douleur devint beaucoup plus forte ; elle correspondait toujours au rein gauche et était parfaitement limitée. Les nuits furent de plus en plus pénibles et agitées ; il y avait de la fièvre ; la douleur, qui augmentait chaque jour, arriva au point d'arracher des cris au patient. Il ne la calmait un peu qu'en se couchant sur le côté douloureux et en prenant une assez grande quantité de sirop d'opium. Le malade garde le lit et ne prend que quelques bouillons, car, dit-il, j'avais de la fièvre. Un médecin de la ville met seulement des cataplasmes sur le point douloureux, disant que tout va cesser.

P... entre dans mon service, le 27 octobre 1842. Le malade a eu des tremblements pendant tout le jour. Il les attribue à ce qu'il a moins chaud que dans sa chambre. Douleur très-vive, fixée au rein gauche, bien limitée et ne correspondant pas au bassin. Urines abondantes, rendues naturellement sans douleur, et aux époques de la santé ; elles sont très-colorées, légèrement sanguinolentes, laissant déposer une très-épaisse couche purulente, blanche, sans adhérence aux parois du vase. Point de douleur à l'hypogastre ; sentiments de pesanteur, d'embarras le long du cordon testiculaire et du testicule gauche. Quatre ventouses scarifiées sur la région douloureuse ; petit-lait pour boisson ; une prise de lait pour toute alimentation.

31 octobre. — Les ventouses ont beaucoup évacué de sang ; la fièvre est un peu calmée, l'agitation et les frissons ont disparu, la douleur est moindre, les urines sont toujours purulentes. On note la grande quantité d'humeur déposée et l'absence de la douleur hypogastrique. Il y a appétit. Vingt sangsues à l'anus. Continuer le sérum. Un potage au lait pour toute alimentation.

1er novembre. — L'état général est meilleur, il n'y a plus d'apparence de fièvre ni d'excitation nerveuse comme avant. Les urines sont toujours rendues aux époques ordinaires ; la douleur rénale existe encore. Trois ventouses scarifiées sur le point douloureux.

3 novembre. — Non-seulement il n'y a plus d'élancements, mais la

douleur constante qui existait avant les dernières ventouses a disparu. L'urine est encore un peu trouble, mais elle dépose à peine.

8 novembre. — Le mieux continue; plus de douleur de rein; plus de fièvre. L'écoulement n'a pas reparu, nulle douleur du côté de la vessie; l'état général est parfait. Une portion de poulet.

11 novembre. — La douleur n'a pas reparu, le pouls et l'appétit sont bons; nulle agitation; les urines deviennent limpides. Le malade entre en convalescence.

Je répète que cette observation est remarquable en ce qu'elle établit le rapport intime de la blennorrhagie avec la néphrite. Le lecteur n'a pas manqué de noter surtout trois circonstances: 1° la quantité remarquable de matière purulente trouvée au fond du vase; 2° l'absence de douleur du côté de l'hypogastre, dans la région de la vessie; 3° et surtout la faculté qu'avait le malade de conserver des urines si altérées aussi longtemps que dans l'état normal. Les deux derniers détails prouveraient que la vessie était saine pendant l'existence de la néphrite, car lorsque ce réservoir est enflammé il ne conserve pas longtemps son contenu; il fait de grands efforts pour l'expulser; de là, des épreintes continuelles; ou bien, on observe de la douleur sur un des points correspondants à la vessie. Ici rien de tout cela. Est-ce que la blennorrhagie aurait subi un vrai déplacement? Aurait-elle franchi la vessie en l'épargnant, comme on la voit passer d'un testicule à l'autre sans léser les points intermédiaires? Il est vrai qu'après la nuit de débauche signalée dans l'observation, il y eut une vive exaspération de l'urétrite et des symptômes de cystite. Mais depuis l'explosion de la néphrite, rien du côté de la vessie, et cependant il y avait des urines très-purulentes. Le malade n'a éprouvé nulle épreinte vésicale; les besoins d'uriner n'étaient pas plus fréquents que pendant l'état de santé. Il y a ici une explication que beaucoup de lecteurs auront déjà trouvée: on dira que la violence de l'inflammation la plus importante avait fait taire tout le reste, que la cystite était masquée par la néphrite; ce qui rend toujours plus juste la réflexion que fit Valsalva après l'autopsie du Chevalier dont parle la lettre de Morgagni déjà citée. « Valsalva pensait que cette dissection était très-propre à nous apprendre à être prudents quand il s'agit de caractériser des maladies relatives aux organes urinaires, parce qu'il n'est pas très-rare que leur diagnostic, même quand on a cherché à l'établir avec le plus grand soin, soit faux comme il le fut dans ce cas[1]. » Ainsi, dans le cas auquel Valsalva fait allusion, on s'attendait à trouver une cystite, et elle fit défaut. Dans mon observa-

[1] Lettre XLII. § 3.

tion je pourrais bien avoir commis l'erreur opposée. Ce qui me consolerait, c'est le succès que je crois avoir obtenu de deux applications de ventouses sur la région du rein que je croyais malade et une forte application de sangsues à l'anus. Ces saignés *locales* ont abondamment donné, et j'ai voulu qu'il en fût ainsi malgré la faiblesse apparente du sujet, la pâleur de son teint et la gracilité de ses formes. Les praticiens savent que, dans les violentes inflammations des voies urinaires, les émissions sanguines sont indiquées, et plus la pièce de l'appareil est profonde, plus les saignées doivent être abondantes et répétées. Au moment où j'écrivais ceci, je recevais, dans mon service, un homme qui avait été traité par mon prédécesseur, Cullerier. Ce malade avait une blennorrhagie, Cullerier lui donna trois prises de poivre cubèbe qu'il s'administra d'une seule fois. Il y eut suppression brusque de l'écoulement, des douleurs très-vives dans la région des reins. Ce qui me prouve qu'il s'est réellement passé par là des phénomènes morbides importants, ce sont des cicatrices très-nombreuses, des entailles pratiquées pour faire saigner les ventouses que Cullerier fit appliquer [1].

OPHTHALMIE BLENNORRHAGIQUE.

Cet accident, un des plus graves de la blennorrhagie, qui est assez fréquent, qui soulève des questions de doctrine et de pratique de la plus haute importance, est néanmoins passé sous silence par Hunter!

Causes. — Cette ophthalmie est nécessairement liée à une blennorrhagie. Sa production a été expliquée de diverses manières. On a admis la métastase, l'inoculation, l'infection générale, la sympathie. Saint-Yves, un des premiers, a soutenu la métastase. On y a cru, comme à toutes les métastases, sous le règne absolu de l'humorisme. Le solidisme exclusif fit complétement abandonner cette idée. On verra que c'est à tort. Sanson, qui est opposé à la métastase, dit avoir eu très-souvent l'occasion d'observer cette espèce d'ophthalmie, et jamais l'écoulement urétral n'a été supprimé quand l'œil s'est pris. Bien plus, on a observé cette ophthalmie chez des sujets qui n'avaient pas de blennorrhagie, mais qui avaient touché des individus atteints de cette maladie; ils s'étaient lavés les yeux avec une éponge souillée de matière blennorrhagique, ou bien ils s'étaient servis, comme collyre, de l'urine d'individus affectés d'un écoulement. Ces faits sont favorables à l'idée de la contagion. Mais dire que l'ophthalmie blennorrhagique est

1 Extrait des *Annales de la chirurgie*, t. VI.

toujours produite de cette manière, ce serait aller trop loin. Quant à moi, je suis très-partisan de la métastase, sans nier la contagion. Voici mes motifs : 1° Presque tous les faits observés dans mon service, à l'hôpital du Midi, ont montré cette espèce d'ophthalmie avec une arthrite blennorrhagique chez le même individu : or cette arthrite n'est certainement pas produite par contagion ; elle est due, sans aucun doute, à un transport de la cause. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour l'ophthalmie ? 2° Le nombre des ophthalmies blennorrhagiques est dans une proportion très-minime relativement à la quantité considérable des blennorrhagies et au nombre des individus qui n'ont aucun soin de leur personne. 3° D'ailleurs, quand nous portons les doigts aux yeux, ceux-ci sont déjà recouverts par les paupières et nous ne touchons pas directement la conjonctive ; car, pour toucher avec un doigt d'une main la conjonctive, il faut qu'un doigt de l'autre tienne la paupière inférieure abaissée, parce que les paupières se ferment instinctivement. Or on sait que c'est par leur face interne que débute cette espèce d'ophthalmie, c'est-à-dire par un des points les moins accessibles aux doigts supposés contaminés. 4° Cette ophthalmie a lieu dans les derniers temps de la blennorrhagie, c'est-à-dire quand le muco-pus est bien moins contagieux. 5° D'où vient que la matière blennorrhagique inocule les yeux, tandis que le pus des chancres ne les inocule jamais ? En effet, tous les jours, dans les salles de l'hôpital du Midi, on voit des malades portant des chancres en pleine suppuration, des bubons chancreux qui souillent tous les vêtements, et ces malades, n'ayant aucun soin de leur personne, portent, à tout instant, les mains à leur visage, et cependant ils n'ont jamais d'ophthalmies purulentes, eux dont le pus chancreux de la verge inocule la moindre piqûre de sangsue, inocule les bourses, le périnée et même la peau non divisée. 6° Les malades chez qui j'ai observé des ophthalmies blennorrhagiques étaient précisément ceux qui comprenaient le mieux la nécessité d'une extrême propreté dans ces circonstances. J'ajouterai que quelques-uns de ces malades étaient à leur seconde blennorrhagie, qui, comme la première, avait été suivie d'une ophthalmie purulente. Ils étaient donc dûment avertis du danger de porter la main aux yeux, et cependant ils auraient été inoculés !

L'opinion qui fait jouer un grand rôle aux sympathies devait trouver beaucoup de partisans parmi les solidistes. Sanson, sans être trop absolu, adopte cette opinion et fait valoir les raisonnements et les faits qui lui sont favorables. Selon lui, la sympathie de la muqueuse urétrale avec la muqueuse oculaire est prouvée par un sentiment de cuisson dans les yeux et un certain affaiblissement de la vue déterminés par

toutes les irritations prolongées des organes génitaux. « On conçoit, à la rigueur, dit Sanson, que, dans ces circonstances, un courant d'air froid, venant à frapper les conjonctives, peut y déterminer une irritation qui, sur un individu sain, aurait été purement catarrhale, et qui, sur un individu affecté de blennorrhagie, prend un caractère plus grave. Cependant, ajoute ce chirurgien, et avec pleine raison, cette explication ne satisfait pas complétement l'esprit. Tout ce qu'on sait de positif à ce sujet, c'est que, chez les individus dont il est question, la conjonctivite peut revêtir des caractères qu'elle n'a pas chez les autres. »

L'opinion de Sanson peut se concilier avec celle vers laquelle je penche. Je crois que, dans le plus grand nombre des cas, l'ophthalmie purulente qui arrive après que la blennorrhagie a suivi un certain cours, je crois que cette ophthalmie est un accident comparable à l'arthrite qui a éclaté dans ces mêmes circonstances. La cause blennorrhagique est transportée par le sang ou bien autrement, et ce n'est pas à une action topique du muco-pus de l'urètre que répond cette réaction si fâcheuse appelée ophthalmie blennorrhagique. Maintenant que les influences atmosphériques doivent être prises en considération, que l'individu malade eût évité cet accident s'il ne s'était pas exposé au froid, à un courant d'air, cela est dans l'ordre des choses possibles, comme il est probable que, parmi les malades affectés d'arthrite blennorrhagique, quelques-uns auraient pu s'y soustraire en évitant les changements brusques de température. Cette influence d'une cause générale rapproche aussi l'ophthalmie blennorrhagique de celle d'Égypte, de celle même des nouveau-nés dans la production desquelles les circonstances atmosphériques jouent un si grand rôle. Mais ce qu'il faut savoir aussi, c'est que, quelquefois, l'ophthalmie blennorrhagique éclate dans les circonstances hygiéniques les plus favorables à l'appareil oculaire, et sans qu'on puisse découvrir la moindre provocation, comme cela arrive d'ailleurs pour l'orchite, pour l'arthrite blennorrhagiques.

Symptômes. — La rougeur qui se remarque dans toutes les ophthalmies est ici on ne peut plus prononcée ; c'est l'écarlate dans son ton le plus vigoureux. Puis vient un rouge brunâtre. Le gonflement est aussi à son maximum. Le chémosis est on ne peut plus prononcé ; quelquefois la muqueuse des paupières, extrêmement boursouflée, fait hernie, et il y a une espèce d'ectropion actif, ce qui écarte les deux bords ciliaires. Selon M. Desmarres, il peut arriver que la muqueuse herniée soit étranglée par l'orbiculaire des paupières ; cet habile oculiste la compare alors à la muqueuse du rectum étranglée par le sphincter anal. La tuméfaction gagne même la peau des paupières : celles-ci sont tuméfiées au point de donner à l'orbite un aspect qui est caracté-

ristique pour les praticiens qui ont déjà vu un certain nombre de fois cette ophthalmie. La paupière supérieure tombe sur l'inférieure ; les deux sont comme imbriquées. L'écoulement des yeux, abondant dans toute ophthalmie spéciale, est plus abondant encore dans celle-ci. Sa source principale est, dit-on, à la paupière supérieure ; c'est en effet surtout du bord libre de ce voile qu'on voit l'humeur s'écouler. Ce point de départ autorise à penser que les glandes de Meibomius sont pour beaucoup dans la production de l'humeur. Elle est d'abord sanguinolente et liquide ; puis elle s'épaissit, devient verdâtre et ressemble parfaitement à l'humeur blennorrhagique ; elle tache le linge de la même manière ; enfin elle devient blanche et crémeuse ; son contact irrite, excorie la peau des joues. La douleur est fort vive, extensive, brûlante ; elle s'étend au front où elle est gravative. Elle est pulsative quand elle se propage à la tempe et à la région occipitale.

Avec un pareil *chémosis*, avec une si vive inflammation de l'œil, la rétine est offensée ; il doit donc y avoir photophobie. En effet, elle est très-prononcée, mais le plus souvent elle cesse bientôt. Il est toujours fâcheux qu'elle disparaisse d'une manière brusque, car alors il s'est produit dans l'intérieur de l'œil des épanchements qui ont altéré la sensibilité de la rétine.

On le voit, ici, tous les caractères physiques et physiologiques, objectifs et subjectifs des ophthalmies, sont portés au summum. Il en est quelquefois de même de la réaction générale. Le malade est dans une grande agitation ; il y a insomnie, quelquefois délire, stupeur ; le pouls est plein, la langue chargée ; enfin tout indique la souffrance de l'encéphale et un véritable danger. J'ai cependant observé plusieurs de ces ophthalmies à l'état le plus violent, puisqu'elles ont perdu les yeux qu'elles ont attaqués, et cela sans susciter la moindre réaction générale.

Marche. — Elle peut être d'une rapidité effrayante. Ici un praticien timide, lent dans la réflexion, lent dans l'exécution, se trouve souvent pris au dépourvu, car six heures peuvent suffire pour préparer la destruction de l'œil et pour compromettre gravement tout l'organisme. On observe quelquefois une certaine lenteur dans la marche ; mais la maladie n'en est pas moins grave. Ainsi, au lieu de détruire l'organe en quelques heures, l'inflammation peut employer dix à douze jours.

Parfois la marche a quelque chose d'insidieux. Ainsi l'ophthalmie débutera d'une manière fort bénigne, elle conservera ce caractère et une certaine lenteur pendant quelques jours ; puis, tout d'un coup, elle s'élèvera au summum d'intensité et l'œil sera perdu sans ressource. Il

peut aussi arriver que l'inflammation se montre avec cette lenteur et cette bénignité sur un œil, qu'elle l'abandonne même sans lui nuire; mais elle éclatera à l'instant dans l'autre œil qu'elle perdra sans retour.

Terminaisons. — Une résolution franche, complète, est rare. La terminaison est souvent fatale pour l'œil. Il est vrai que, dans un grand nombre de cas, il n'y a qu'un œil de sacrifié. Il se vide de plusieurs manières : c'est quelquefois par une mortification de la cornée laquelle a lieu, dit-on, parce qu'autour d'elle il y a eu inflammation avec étranglement qui a empêché la circulation allant de la conjonctive à la cornée transparente, d'autres fois l'œil se vide par de vraies ulcérations qui commencent à la surface de la cornée, se creusent, s'agrandissent et donnent passage aux humeurs de l'œil, lesquelles sont ainsi évacuées. Une des plus graves affections après la fonte purulente est la staphylôme. Il peut survenir aussi à la suite de cette terrible ophthalmie, un hypopion, une amaurose, une cataracte, un ectropion, une chute de l'iris. J'ai observé encore des végétations consécutives à cette phlegmasie ; elles ont poussé sur la conjonctive absolument comme celles qui viennent au prépuce.

Diagnostic. — Comme on le voit, le tableau que je viens de faire représente les traits de toutes les ophthalmies purulentes. Seulement ici tout est plus chargé, plus vigoureux : on a voulu préciser davantage le diagnostic. On a dit, par exemple, que l'ophthalmie blennorrhagique n'atteignait qu'un œil. Lawrence a émis cette opinion ; mais il est prouvé que très-souvent les deux côtés sont pris. Il a été avancé aussi que l'ophthalmie purulente sévissait d'abord sur la muqueuse oculaire tandis que l'ophthalmie blennorrhagique débutait par la muqueuse palpébrale. Mais les deux muqueuses sont si promptement envahies qu'il est difficile, dans le plus grand nombre de cas, d'indiquer le point primitivement affecté. Enfin, F. Hairion a prétendu caractériser l'ophthalmie qui nous occupe par une petite tumeur arrondie ou ovalaire située au-devant de l'oreille, du côté malade, espèce de bubon préauriculaire. D'abord l'engorgement ganglionnaire peut exister dans cette région et au cou, et ce n'est pas seulement pendant cette affection de l'œil qu'on l'observe ; on peut le constater avec le chancre des paupières, avec le cancer et même avec les autres ophthalmies purulentes, l'ophthalmie dite militaire, celle des nourrices, l'ophthalmie scrofuleuse. Du reste le ganglion pré-auriculaire peut être développé sans lésion aucune de la région de l'œil. Il n'y a donc que l'exagération des caractères de l'ophthalmie purulente et même que l'existence d'une blennorrhagie urétrale qui puisse assurer le diagnostic.

Pronostic. — Il est très-grave quand l'ophthalmie n'a pas été

attaquée vivement et à son début; même alors, on doit être toujours très-réservé dans l'opinion qu'on émet sur l'issue de la maladie.

Il ne faudrait pas cependant trop rembrunir le pronostic, car, si le traitement a été vigoureux, on voit l'œil revenir à son état normal, non pas franchement et avec rapidité, mais après un temps assez long et quelquefois après des retours d'ophthalmie qu'il faut savoir traiter aussi.

Traitement. — Ici, traitement général, traitement local, antiphlogistiques directs et indirects, cautérisation, tout, pour ainsi dire, doit être fait en même temps, le même jour, si au début l'ophthalmie se montre avec un haut degré de gravité. Ainsi je commence par la phlébotomie; je saigne au pied, et immédiatement au bras si la saphène ne donne pas bien; je fais appliquer des sangsues permanentes aux tempes, puis je donne un éméto-cathartique. Gardez-vous de perdre votre temps en collyres liquides, demi-liquides, secs, en insufflations avec la poudre de calomel et de sucre. Tous ces petits moyens, toujours insuffisants, ne trompent plus personne. Dupuytren, qui vantait et employait ces insufflations, n'a jamais obtenu le moindre succès par elles. Ceux qui ont fréquenté l'Hôtel-Dieu du vivant de ce celèbre chirurgien savent à quoi s'en tenir sur ce point de pratique. D'ailleurs on n'a qu'à voir le cas qu'en fait Sanson dans son article *Ophthalmie*, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*. Ce chirurgien, après avoir employé inutilement toutes les méthodes, s'est décidé à prendre un parti violent, mais, selon lui, efficace. Il consiste à détruire l'organe sécréteur pour arrêter la sécrétion morbide dont le produit a une action si funeste sur la cornée. « J'excisai toute la conjonctive oculaire et je cautérisai avec le nitrate d'argent toute la conjonctive palpébrale trop adhérente pour être emportée. Je suis tellement convaincu, dit Sanson, de l'efficacité et de la prééminence de la méthode éradicative sur toutes les autres, que si je rencontrais un cas dans lequel le gonflement de la paupière fût tel qu'il rendît leur écartement impossible, je ne balancerais pas à fendre la commissure externe pour faciliter cet écartement et l'application de ce procédé. »

L'excision étant quelquefois impraticable sans le débridement dont parle Sanson, et ce débridement ayant des inconvénients réels, on procédera à la cautérisation avec le nitrate d'argent. On portera un cylindre obtus de ce sel sur la circonférence de la cornée, avec la précaution de ne pas aller vers le centre de cette membrane dans la crainte de la désorganiser. Le caustique devra agir rapidement; il sera porté aussi sur la face muqueuse des paupières, et principalement de la supérieure, où est la source la plus considérable de l'écoulement. Tout l'intérieur des paupières prend alors une teinte gris noirâtre, et il s'écoule immé-

diatement une très-grande quantité de sang pur, d'eau rousse et sale comme de la lavasse. La cuisson, le sentiment de brûlure se déclarent immédiatement; la souffrance est si vive que le malade tomberait dans des spasmes effrayants si l'on n'avait pas immédiatement recours aux affusions incessantes, à des injections d'eau froide entre les paupières et sur toute la région fronto-palpébrale.

Après l'éradication et la cautérisation, M. Rognetta donne le tartre stibié à haute dose, 12 grains dans 6 onces d'eau (60 centigrammes dans 180 grammes d'eau), et, selon lui, les choses tournent toujours pour le mieux. Le lendemain, il remplace les fomentations d'eau simple par celles d'eau blanche très-chargée, 1 once d'acétate de plomb dans 4 onces d'eau (30 grammes pour 120 centigrammes). Il est rare qu'on soit obligé de répéter la cautérisation pour hâter la guérison. Il est bien entendu, d'ailleurs, que toutes les autres règles exposées à l'occasion de la conjonctivite franche seront aussi observées. Si le malade ne supporte pas le tartre stibié à haute dose, M. Rognetta le remplace par un autre remède contre-stimulant, tel que l'extrait de la belladone, à la dose de 6 à 8 grains (3 à 4 décigrammes) par jour; une pilule de 1 grain (25 centigrammes) toutes les deux heures, avec quelques grains (2 décigrammes) de calomel; l'acétate de plomb à la dose de 20 à 30 grains (15 décigrammes) par jour; une pilule de 2 grains (1 décigramme) toutes les deux heures; l'extrait de jusquiame à la dose de 15 à 20 grains (10 décigrammes) par jour, etc. Tous ces remèdes agissent à haute dose comme le tartre stibié, c'est-à-dire en abaissant la vitalité de l'organisme; et, chose étonnante, ces doses énormes qui empoisonneraient en état de santé, ne produisent que l'effet des évacuations sanguines abondantes dans le cas de maladie inflammatoire grave. Les personnes qui connaissent les belles expériences de Rasori et de Giacomini sur la véritable action de ces médicaments ne seront pas étonnées de l'énoncé des formules qui précèdent.

Tyrrel, pensant que la mortification de la cornée dans les ophthalmies purulentes provenait d'un étranglement de cette membrane, a proposé une espèce de débridement de la conjonctive qui forme le chémosis. Adoptant le principe des débridements multiples, il incise la conjonctive autour de la cornée, en partant de celle-ci, en se dirigeant en dehors de manière à faire quatre plaies rayonnantes, précisément dans les espaces intermédiaires à la direction des muscles droits. Là, selon Tyrrel, on évite les vaisseaux principaux qui nourrissent la cornée. Cette incision multiple vaut mieux que l'excision générale par laquelle on enlève tous les vaisseaux qui donnent et entretiennent la vie de la cornée. Tyrrel prétend avoir guéri tous les malades par cette

opération. Je crois que, dans le plus grand nombre des cas, il doit être extrêmement difficile de faire régulièrement cette incision multiple, et surtout précisément sur les rayons intermédiaires à ceux qui continueraient en avant le grand axe des muscles droits. Les incisions et les scarifications sont surtout indiquées quand après la cautérisation reste un chémosis plus ou moins séreux. C'est alors aussi qu'on peut pratiquer l'excision en accrochant d'abord le bourrelet avec mes petites pinces à dents de souri et en agissant avec de petits ciseaux courbes.

Quant à moi, je pratique d'abord une ou plusieurs saignées générales, des saignées locales, selon la constitution, l'âge du sujet ; immédiatement après, je le fais vomir et je cautérise la muqueuse oculaire, tout cela le même jour. Le lendemain, j'administre un purgatif que je renouvelle tous les deux jours. C'est au déclin de l'ophthalmie qu'on peut appliquer des vésicatoires à la nuque ou derrière les oreilles.

ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE.

Il est assez fréquent de voir une articulation s'affecter pendant le cours d'une blennorrhagie, et cependant jusqu'à Swediaur les auteurs ont gardé un silence presque absolu sur cet accident. Swédiaur lui-même ne lui consacre qu'une page et demie. Il est probable que l'affection articulaire était alors considérée comme un rhumatisme ordinaire qui venait traverser le cours d'une blennorrhagie. Il n'y aurait eu alors que coïncidence entre les deux affections. Mais comme il a été prouvé que certains malades n'étaient atteints de ce rhumatisme que quand ils avaient déjà une blennorrhagie, le rapport de causalité entre ces deux affections a été reconnu, et l'on a admis et décrit une arthrite ou rhumatisme blennorrhagique.

Causes. — C'est l'urétrite blennorrhagique qui est considérée comme la cause spéciale de l'arthrite en question. Les docteurs Jarjavay et Foucart admettent que la balano-posthite peut jouer le même rôle que l'urétrite, ce qui doit être exceptionnel.

Les hommes sont plus souvent affectés d'arthrite blennorrhagique que les femmes. Presque tous les sujets auxquels j'ai donné des soins étaient grêles, pâles, débilités, voisins de la trentième année ; plusieurs ont eu des récidives, quand ils ont contracté de nouvelles chaude-pisses.

Le froid, un exercice violent ont une influence réelle sur l'établissement de la maladie ; ils peuvent être considérés alors comme causes occasionnelles.

On a fait jouer un grand rôle à la suppression de l'écoulement dans

la production de l'arthrite qu'on considère ici comme métastatique. Les antiblennorrhagiques directs et indirects ont donc été accusés. Mais d'abord la suppression a quelquefois lieu en l'absence de tout traitement, et l'on voit assez souvent l'arthrite naître pendant la thérapeutique la plus douce, le repos le plus complet, et sous l'influence de l'hygiène la mieux entendue. J'ajouterai que l'écoulement n'est pas toujours supprimé au début de l'arthrite; il est souvent peu copieux, par cette raison bien simple que l'affection articulaire est observée, en général, au déclin de l'urétrite, quand elle a plusieurs semaines, plusieurs mois. Ce n'est jamais dans le premier septénaire de la blennorrhagie. Il ne faudrait pas pour cela nier l'influence de l'arthrite sur la quantité de l'écoulement, car il est constaté qu'après la guérison de l'arthrite, l'écoulement devient souvent un peu plus abondant que pendant l'existence de l'affection articulaire. Pour ce qui est de la métastase, sans vouloir entrer ici dans des discussions qui sont nées à son occasion, je dirai que je n'entends pas par ce mot le déplacement, le transport de l'humeur elle-même, mais le déplacement de la cause qui détermine la sécrétion morbide. Ainsi, dans l'espèce, ce n'est pas le muco-pus de l'urètre qui va se répandre dans une articulation, mais la cause qui le produit, la cause blennorrhagique qui envahit cette même articulation.

Le docteur Foucart, qui a fait un bon travail sur l'arthrite blennorrhagique, a résumé dans les propositions que voici les rapports de l'arthrite avec l'écoulement :

« 1° Ou il y a suppression de l'écoulement préalablement à l'apparition de l'arthrite, et alors elle reconnaît pour cause déterminante ou la métastase, ou la cause qui produit cette suppression.

« 2° Ou il y a persistance de l'écoulement, et le développement du rhumatisme est déterminé par une cause occasionnelle appréciable : le froid, une contusion, un excès de fatigue, l'écoulement blennorrhagique ne constituant alors qu'une prédisposition.

« 3° Ou enfin il y a persistance de l'écoulement, et il n'y a de cause déterminante appréciable de l'arthrite que l'existence de la blennorrhagie.

« 4° Quelquefois, dans ces deux derniers cas, il y a suppression de l'écoulement, consécutive au développement du rhumatisme, quand celui-ci est très-intense. Ce n'est pas alors une métastase qui s'opère, mais simplement une révulsion produite par un travail inflammatoire plus intense dans le point secondairement pris que dans celui primitivement affecté [1]. »

[1] Foucart, *Gazette des hôpitaux*, 1846, p. 192.

Siége. — Swediaur indique déjà que le genou est le plus souvent le siége du gonflement. Il est vrai qu'il indique aussi le *calcanéum*, ce qui veut dire probablement une articulation du pied. (Je ne sais pas pourquoi M. Gibert persiste à désigner le *calcanéum*.) En général, c'est réellement un genou et un seul genou qui est pris. M. J. Cloquet croit que, chez les femmes, c'est l'articulation coxo-fémorale, ce qui n'a été remarqué par aucun autre observateur. D'ailleurs on peut observer cette forme d'arthrite à toutes les jointures et à plusieurs simultanément ou successivement. Il y a dans mon service, à l'hôpital du Midi, un jeune homme qui a une arthrite de l'articulation de la première phalange de l'index avec le métacarpien correspondant ; et, tout près de ce malade, on en voit un autre dont le poignet est affecté. M. Reynaud, chirurgien en chef de la marine, a donné des soins à un étudiant dont toutes les articulations des membres thoraciques et pelviens ont été successivement envahies [1]. Mais quand l'arthrite sévit sur plusieurs articulations, il y en a toujours une plus particulièrement, plus longtemps affectée, et c'est elle qui devient le siége des accidents graves qui éclatent quelquefois, accidents qui peuvent transformer l'arthrite en une tumeur blanche. Les autres articulations simultanément envahies peuvent n'offrir d'autres symptômes qu'un peu de douleur et de la gêne dans les mouvements.

Symptômes, marche, terminaisons. — En général, c'est la douleur, le gonflement articulaire, qui se montrent d'abord et sans prodromes. Il arrive quelquefois, au contraire, que des frissons, de la fièvre préludent, que des douleurs vagues, erratiques, se font d'abord sentir. La douleur est moins vive que dans les autres arthrites aiguës, soit l'arthrite rhumatismale ordinaire, soit l'arthrite traumatique, soit l'arthrite par pénétration d'un tubercule dans l'articulation. Les mouvements sont rendus difficiles, impossibles même ; ils accroissent la douleur comme le toucher, mais en général bien moins que dans les autres arthrites. La tuméfaction est prompte et quelquefois considérable. On peut constater que cette augmentation de volume n'est due ni au gonflement des os ni à celui des parties molles qui constituent l'articulation. Il y a ici épanchement articulaire, hydarthrose, ce qu'on vérifie facilement, dans les cas d'affection du genou. En effet, la rotule est soulevée, éloignée du fémur et du tibia ; elle est mobile et comme fluctuante. Sur les côtés de ce sésamoïde, au lieu de deux dépressions sont deux saillies plus ou moins prononcées. Si l'on presse sur une d'elles, on la déprime, mais on soulève celle du côté opposé ; on fait

[1] *Traité pratique des maladies vénériennes*, p. 204.

passer le liquide d'un côté à l'autre ; on détermine enfin la fluctuation.

En général, la peau est sans changement de couleur et n'est pas plus chaude qu'à l'état normal. On a observé par exception un développement des veines sous-cutanées au niveau de l'articulation malade. L'absence des caractères extérieurs de l'inflammation, au début de la maladie, est un fait si général, que, lorsque le contraire arrivera, on devra examiner de près pour savoir s'il s'agit bien d'une arthrite blennorrhagique ou si une complication n'aurait pas donné un caractère aigu à une affection d'abord subaiguë. Plus tard, et à mesure que l'affection articulaire fait des progrès, les phénomènes réellement inflammatoires se caractérisent. La tumeur est alors plus tendue, il y a chaleur, coloration de la peau et un développement vasculaire autour de l'articulation, comme dans le rhumatisme aigu. L'écoulement urétral subit ordinairement une diminution notable, ce qui n'arrive pas quand la maladie reste à l'état d'hydarthrose.

Comme on voit en général l'arthrite blennorrhagique débuter sans fièvre préalable, on observe aussi fréquemment l'apyrexie pendant toute la durée de l'affection. Mais il arrive aussi que la fièvre concomitante a lieu sans qu'il y ait eu fièvre initiale. Dans tous les cas, même lorsque l'inflammation est prononcée, on n'observe jamais un appareil fébrile comparable à celui du rhumatisme.

L'affection ayant dès son début quelques caractères des affections chroniques, on ne doit pas être étonné de la voir se prolonger pendant des mois entiers au moins par un de ses éléments, l'épanchement synovial. Mais dans les cas ordinaires, les cas simples, et sous l'influence d'un traitement bien dirigé, l'affection cède du troisième au sixième septénaire.

Il n'est pas rare, comme je viens de l'indiquer, d'observer la persistance d'une certaine quantité de liquide. On voit quelquefois l'affection passer d'une articulation à une autre ou faire place à une ophthalmie blennorrhagique. Il est beaucoup plus rare d'observer ici la synovite purulente, mais elle est incontestable et incontestée, tandis qu'il n'en est pas de même dans les cas de rhumatisme ordinaire. On sait, en effet, que plus d'un pathologiste se refuse d'admettre dans ce dernier la suppuration. Mais, même pour l'arthrite blennorrhagique, il faut des circonstances particulières, une complication pour que la phlegmasie s'élève jusqu'à la suppuration. Cependant, j'ai pu observer cet accident pendant que je dirigeais un service à Lourcine. La malade n'avait commis aucune imprudence, elle gardait le repos, elle n'avait été soumise à aucun traitement perturbateur ; elle n'en fut pas moins prise d'une inflammation du genou qui donna lieu à des abcès que je dus ouvrir. Il

y eut en réalité une tumeur blanche que j'eus le bonheur de guérir, mais au prix d'une ankylose complète. Quelquefois la synovite ne va pas jusqu'à la suppuration, mais elle est suffisante pour préparer une ankylose plus ou moins complète.

Diagnostic. — On ne confondra pas avec l'arthrite blennorrhagique les douleurs rhumatoïdes observées quand la maladie entre en pleine vérole. Celles-ci sont intermittentes, nocturnes, elles sont exaspérées par la chaleur du lit; elles sont calmées et cèdent même sous l'influence du froid, du mouvement,et ne sont nullement augmentées par la pression.

Comme dans l'arthrite blennorrhagique il peut y avoir plusieurs articulations de prises, et le rhumatisme pouvant affecter la forme indolente de l'arthrite blennorrhagique, on est exposé à confondre la maladie que nous étudions avec un rhumatisme ordinaire qui ne serait que concomitant d'une blennorrhagie. Ce que j'ai dit de la suppression ou de la diminution de l'écoulement quand l'articulation s'affecte, est une réfutation de ceux qui prétendent puiser dans cette circonstance un caractère de nature à éclairer le diagnostic. L'écoulement, en effet, peut ne pas changer par le fait de l'arthrite, et le plus souvent c'est à une période où cet écoulement est peu considérable que l'articulation se prend.

Ainsi, il est des cas où le doute est difficile à lever, ce qui, d'ailleurs, n'a pas un grand inconvénient pour la thérapeutique.

Dans un grand nombre de cas, dans les cas tranchés, le diagnostic est assez facilement établi. Ainsi, si pendant le cours ou vers le déclin d'une blennorrhagie, on voit survenir brusquement, et sans provocation aucune, une affection articulaire et mono-articulaire, surtout ayant pour siége l'articulation fémoro-tibiale; s'il n'y a ni douleur vive, ni coloration, ni chaleur de la peau, et cela avec absence de fièvre, on peut affirmer qu'il s'agit d'une arthrite blennorrhagique. On sera encore plus affirmatif, si, pendant une autre blennorrhagie, le malade a souffert du même accident.

Traitement. — Ceux qui se sont fait une idée grossière de la métastase ont conseillé de rappeler l'écoulement urétral. Ils ont donc cherché à irriter l'urètre avec des bougies, à inoculer même la blennorrhagie avec du muco-pus emprunté à un autre malade. On voit dans la *Bibliothèque médicale*[1] une observation du docteur Yvan, qui semble favorable à cette pratique, laquelle n'est pas complétement abandonnée, quoiqu'elle le mérite bien.

[1] T. XII, p. 116.

Déjà Swediaur dirigeait les moyens directement sur l'articulation, et se bornait pour l'intérieur à l'usage des boissons douces et délayantes. Son traitement local consistait en frictions avec le liniment ammoniacal, mais surtout avec un onguent dans la composition duquel entrait la gomme-résine ammoniaque, dissoute dans du vinaigre scillitique.

Mon traitement consiste en une application de sangsues, vingt à trente, sur les points où la peau est le plus près de la synoviale. Il faut que le malade soit réellement débilité pour que je m'abstienne de commencer par cette saignée locale, car j'ai observé que la guérison était beaucoup plus rapide et plus sûrement complète quand on avait tiré du sang. L'indication de cette saignée est bien plus formelle quand la maladie affecte la forme franchement inflammatoire, surtout si on peut craindre la suppuration. On doit alors faire précéder la saignée locale d'une saignée générale.

J'applique ensuite un large vésicatoire camphré ; on ne l'entretient pas, on le renouvelle, s'il y a lieu de maintenir longtemps la révulsion. S'il reste encore du liquide dans l'articulation, si le gonflement persiste, ce qui est assez fréquent, j'exerce une compression avec des bandelettes de diachylum étroites et imbriquées. J'ai quelquefois appliqué l'appareil inamovible dextriné comme on le fait pour les fractures. Le malade alors peut n'être pas complétement condamné au repos absolu. On devra tenir le ventre libre à l'aide de quelques purgatifs salins, le citrate de magnésie ou l'eau de Sedlitz. M. Ricord donne tous les jours de 6 à 15 grammes d'azotate de potasse et de 3 à 6 grammes de teinture de colchique dans de la tisane de bourrache.

Je fais très-peu usage de liniments, de pommades. Cependant, dans un cas où la synoviale s'est vivement enflammée, j'ai singulièrement soulagé le malade par des onctions mercurielles à très-haute dose. Ici, la pommade doit être étendue par couches épaisses, comme on le fait dans le traitement de certaines péritonites. Mais si l'on est obligé de répéter souvent ces onctions, la salivation arrive, ce qui est un inconvénient quelquefois assez grave.

M. Velpeau fait usage de la pommade mercurielle, mais affaiblie et mêlée d'un peu d'extrait d'opium. Le même chirurgien emploie une poudre altérante selon la formule que voici :

Calomel	30 centigr.
Ipécac.	50 centigr.
Rhubarbe	75 centigr.

Faites 6 paquets.

On en donne de 2 à 6 par jour. On évitera les vomissements, mais on provoquera un état nauséeux continuel.

Quand l'inflammation articulaire a cédé, et que l'épanchement est en grande partie résorbé, on voit, en général, l'écoulement urétral reparaître. C'est alors seulement que j'en viens aux antiblennorrhagiques. Je crois qu'ils seraient parfaitement inutiles et non sans inconvénients aux autres périodes de l'arthrite, c'est-à-dire quand elle existe réellement.

ARTICLE II.

Blennorrhagie balano-préputiale.

On l'appelle aussi *chaude-pisse bâtarde*, *blennorrhagie externe* (Desruelles), *balano-posthite*. Elle consiste en une forme d'inflammation du prépuce et du gland, avec ou sans érosions. Si l'affection se borne à la muqueuse du gland, c'est la *balanite*; si elle n'envahit que celle du prépuce, c'est la *posthite* [1].

Cette maladie, qui offre un haut intérêt au point de vue doctrinal, avait été cependant fort négligée par presque tous les syphiliographes. Astruc et Hunter font exception; mais ils sont très-insuffisants. MM. Desruelles [2] et de Castelnau [3] ont étudié avec soin la balanite sous ses diverses formes; ils ont écrit sur ce sujet des pages qu'on lira avec fruit.

Cette maladie est fréquente ; elle est représentée par un trentième dans un service de vénériens un peu complet; ce chiffre devrait être plus élevé, il devrait dépasser surtout celui de la blennorrhagie urétrale, si l'on considère que le prépuce et le gland sont le plus directement en rapport avec la matière contagieuse et les organes malades.

Causes. — Évidemment un phimosis plus ou moins prononcé constitue une prédisposition marquée. Il ne faut pas l'exagérer cependant au point de ne vouloir admettre cette maladie que chez ceux dont le prépuce est long et rétréci, car il est des individus avec le gland très-découvert et qui la contractent même facilement. Je l'ai observée chez un de mes opérés du phimosis par circoncision. Il y a une circonstance qui a fait admettre dans l'étiologie beaucoup trop de phimosis, c'est qu'on n'a pas distingué le phimosis congénial de celui qui est accidentel. On a donc pris pour cause ce qui n'est qu'un effet. Ainsi dans le cas de prépuce un peu long, s'il survient une balano-posthite,

[1] Pour abréger, je dirai souvent *balanite*, quel que soit le siége de l'inflammation.

[2] *Traité des maladies vénériennes.*

[3] *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, II.

cette enveloppe se gonfle, se prolonge, la muqueuse se boursoufle, son ouverture se rétrécit, enfin le phimosis accidentel s'établit; on croit alors à un phimosis naturel, surtout si le sujet n'est pas interrogé sur l'état de la verge avant la maladie.

C'est certainement à l'âge adulte qu'on observe le plus de balano-posthites. Cependant aux deux extrêmes de la vie cette blennorrhagie n'est pas fort rare. Les enfants ont quelquefois un écoulement par la verge qui vient d'une inflammation de la muqueuse préputiale. Pendant que je dirigeais le service des nourrices à Lourcine, j'ai opéré un nouveau-né qui avait des adhérences nombreuses entre le prépuce et le gland, accusant une balanite pendant la vie intra-utérine. Chez les vieillards ce sont ordinairement des éruptions eczémateuses qui se compliquent de balanite, et celle-ci devient souvent très-rebelle.

Le virus syphilitique, directement appliqué ou après avoir modifié la constitution, est, à coup sûr, la cause la plus fréquente de la balano-posthite, laquelle peut donc être primitive et consécutive. Après le virus vénérien il faut noter le vice dartreux. Une action physique, des excitations trop fréquentes par la masturbation, le coït, la malpropreté, le contact des flueurs blanches et du sang menstruel, l'ichor cancéreux, toutes ces causes peuvent enflammer la muqueuse du prépuce et du gland. Les autres maladies de cette membrane, l'herpès, l'eczéma, les végétations, les chancres, sont souvent avec plus ou moins d'inflammation catarrhale, et l'on sait que le muco-pus, en sortant de l'urètre, peut, sur le sujet même, donner lieu à la balano-posthite.

Il ne faut pas oublier les corps étrangers parmi les causes. Les plus fréquents sont les calculs urinaires et d'autres concrétions provenant de la sécrétion des follicules muqueux accumulés dans un prépuce étroit et chez un sujet peu soigneux de sa personne.

Symptômes, marche. — Les premiers symptômes de cette maladie s'observent, en général, deux ou trois jours après le coït suspect. C'est d'abord un prurit, une chaleur, puis une cuisson; enfin apparaît, à l'ouverture préputiale, une certaine quantité d'humeur muqueuse et purulente. Si l'on peut découvrir le gland et explorer toute la muqueuse, on la trouve plus colorée; le rouge est plus marqué sur le gland que sur le prépuce même. Quelquefois ce n'est qu'une portion de la muqueuse qui est manifestement modifiée dans sa couleur; ce sera celle du prépuce ou celle du gland. Souvent l'épithélium s'exfolie et tombe en deliquium; la muqueuse, dénudée, dépolie, paraît alors plus rouge; c'est l'*érosion*, l'*exulcération* ou la *surface vésicatoriée*, telle qu'on la rencontre fréquemment au col de l'utérus, sur le museau de tanche. La muqueuse elle-même peut être entamée et la forme

réellement *ulcéreuse* se manifester. Quelle que soit la perte de substance, elle n'est précédée d'aucune vésicule, d'aucune pustule.

Les deux formes, l'exulcérative et l'ulcérative, peuvent s'observer isolément sur la muqueuse du gland ou du prépuce et conjointement sur les deux surfaces. J'ai actuellement sous les yeux un jeune homme lymphatique qui a toute la muqueuse du prépuce *exulcérée,* et dont la muqueuse du gland n'a pas même changé de couleur. La planche Ire, fig. 1, représente l'inflammation qui est tout à fait bornée à la muqueuse du prépuce. Le sujet était âgé de vingt-huit ans, profession de boulanger, tempérament lymphatique. Il entra le 1er mars 1852, salle n° 9, lit n° 9 de mon service. Il n'avait pas d'antécédents vénériens. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il eut des rapports avec une femme. Huit jours après, il s'aperçut d'une tuméfaction du prépuce, avec difficulté de découvrir le gland. Il y avait prurit et une légère douleur à l'extrémité de la verge. A son entrée à l'hôpital (1er mars), on trouve que le prépuce est un peu tuméfié. Il y a quelque difficulté pour découvrir le gland. La face interne du prépuce est d'un beau rouge, légèrement boursouflée; elle est excoriée, dénudée comme la surface d'un vésicatoire. Sur ce fond rouge, tranchent çà et là des tractus blanchâtres : c'est l'épithélium légèrement soulevé qui n'est pas encore détaché. Le gland est parfaitement sain. Il n'y a pas de douleur, seulement un peu de prurit. Écoulement peu abondant entre le prépuce et le gland. Pas d'écoulement par l'urètre. Les ganglions inguinaux ne sont pas engorgés. Jusqu'au 4 mars, il n'est fait, sur la partie malade, que des lotions émollientes. L'aspect reste le même. Le 5 mars, lotions avec une solution de nitrate d'argent (2 décigrammes pour 200 grammes d'eau) : la surface pâlit; il n'y a pas de douleur; à peine un suintement entre le prépuce et le gland. Les lotions sont faites jusqu'au 10 mars. A cette époque, la guérison est complète.

Je donne ce fait avec détail parce que c'est un des plus complets de la localisation de la phlegmasie à la muqueuse du prépuce et un cas des plus légers d'excoriation. La guérison, comme on le voit, a été rapide.

On observe plus souvent l'excoriation sur la muqueuse du prépuce et celle du gland ; c'est surtout sur celle-ci qu'elle est plus étendue, plus prononcée. L'*exulcération* est toujours multiple ; elle est quelquefois mal délimitée, et il est alors difficile de la distinguer d'une simple rougeur. Sur le gland, où l'on observe le plus souvent les érosions, elles sont irrégulières, tendant néanmoins à la forme circulaire. Leurs dimensions vont de 5 à 15 millimètres : quand elles sont plus grandes, c'est que plusieurs se sont confondues pour n'en former

qu'une. La couleur de la surface érodée est d'un rouge vif ou vineux, rarement avec une nuance grisâtre, et plus rarement d'un gris sans mélange, comme on l'observe sur le chancre vulgaire. J'ai déjà comparé l'érosion à une surface vésicatoriée. Mais, tandis qu'ici il y a presque toujours production pseudo-membraneuse, ce phénomène est rare pour l'érosion de la muqueuse balano-préputiale. Autour de l'érosion, la couleur du gland est d'un rouge vif, souvent très-analogue à la nuance de l'exulcération, et, quand les limites de celle-ci ne sont pas nettement dessinées, on peut confondre la portion dénudée avec celle qui ne l'est pas. Sur le gland cette confusion est plus difficile que sur le col de la matrice. Si l'on avait intérêt à préciser le diagnostic, on passerait sur les surfaces un pinceau empreint d'une solution de nitrate d'argent qui blanchirait plus l'érosion que la muqueuse non dépolie. Dans les cas de balanites consécutives, les parties du gland non érodées conservent leur couleur normale.

L'humeur sécrétée par la balanite est d'abord peu abondante et ressemble à un mucilage qui se trouble ; elle finit par revêtir les caractères du muco-pus et même du pus lui-même ; elle est crémeuse ; elle passe par les teintes jaune, verte et quelquefois rouillée, absolument comme dans la blennorrhagie urétrale ; elle contracte une odeur de poisson gâté. Cette humeur est quelquefois très-abondante, et alors si le prépuce est très-rétréci, s'il ne s'opère pas un écoulement facile par l'ouverture préputiale, elle peut s'accumuler dans la rainure qui est au-dessous du gland et produire vers la base de cet organe une espèce d'abcès dont l'évacuation nécessitera peut-être une perforation du prépuce. Quelquefois l'humeur sécretée est très-peu abondante ; on voit, surtout dans les cas chroniques, et quand le gland est découvert, une mince croûte se former sur les érosions ; elle tombe pour se renouveler.

En général, la marche de la blennorrhagie balano-préputiale est rapide, et la guérison ne se fait pas attendre, même quand il y a exulcération et ulceration superficielle. Les soins de propreté, les topiques les plus simples, favorisent et hâtent singulièrement cette heureuse terminaison qui a quelquefois lieu en quatre ou cinq jours. Mais il n'en sera pas de même dans les cas de complications et si la cause ne peut être supprimée.

La première observation nous montre un cas des plus simples et aigu. Dans l'observation qui va suivre, non-seulement le gland et le prepuce sont affectés, mais il y a eu antérieurement une urétrite, et consécutivement une végétation. Il est évident que la balano-posthite est chronique. Je la considère comme consécutive.

Le nommé G. L..., âgé de dix-neuf ans, profession de cordonnier, tempérament lymphatique, constitution bonne, est entré le 15 mars 1852, salle 11, lit n° 31, de l'hôpital du Midi. Il y a neuf mois huit jours, après un coït avec une fille publique, il fut pris d'un écoulement urétral peu abondant, accompagné de légères douleurs pendant l'émission de l'urine. Cet état dura six mois. Aucun traitement. A cette époque, et sans cause apparente, le prépuce se tuméfia, devint rouge, douloureux; le malade ne put plus découvrir. Un écoulement assez abondant se manifeste entre le prépuce et le gland. Bains locaux. Régime, tisane pendant huit jours. L'écoulement par l'urètre était presque nul. Le prépuce n'étant plus tuméfié. G... put découvrir le gland, seulement les surfaces étaient légèrement rouges. Il reprend son genre de vie, se remet à boire. Quinze jours après, l'écoulement de l'urètre reparaît; le prépuce se tuméfie; nouveau phimosis. (Le malade n'a pas vu de femmes depuis le coït que nous avons mentionné.) G.... reste dans cet état jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital (le 15 mars).

15 mars. — On éprouve quelques difficultés à découvrir le gland. Le prépuce est un peu tuméfié; sa muqueuse est rouge, grenue, saigne facilement; celle du gland est d'un gris bleuâtre; elle présente de larges plaques d'un rouge un peu brun : ce sont des excoriations saignant quelquefois. Écoulement peu abondant, épais, jaune verdâtre entre le prépuce et le gland; suintement par le méat; pas de douleur.

Lorsqu'on a découvert le gland, on trouve dans sa rainure, à droite et près du frein, une végétation d'un rouge foncé.

Les ganglions inguinaux sont engorgés plus à droite qu'à gauche; ils ne sont pas douloureux. Le malade ne s'en est pas aperçu; il se rappelle, du reste, avoir eu, dans son enfance, des *glandes* engorgées au cou. Les ganglions cervicaux sont à l'état normal. — Bain.

16 mars. — On fait dessiner la verge; elle est représentée planche I, fig. 2. On voit le gland excorié, le prépuce aussi; son limbe étant un peu étroit, forme une espèce de ligature du côté de la base de la verge. Le rouge qui fait le fond des excoriations est moins brillant que celui de la première figure; il est un peu brun.

17. — Le prépuce, qui avait été hier rejeté en arrière du gland, est gonflé assez fortement. Sa surface et celle du fond ont déjà perdu, par suite de leur isolement, la teinte qu'elles avaient hier. Lotions de nitrate d'argent à la dose indiquée dans la précédente observation.

18. — Les parties ont pris une couleur plus brune; çà et là restent encore quelques points rougeâtres. Plus d'écoulement.

19. — Bain. Les surfaces paraissent tout à fait saines. La végétation s'est desséchée et détachée à la faveur d'un pansement avec une poudre composée de sabine et d'alun calciné, parties égales.

Le 29, il n'y a plus de traces de végétation. Le malade maintenant prend des pilules de Dupuytren ; il a encore un peu de suintement par le canal [1].

Complications. — Le phimosis qui est cause de la balanite peut devenir une complication, et cela, en empêchant l'humeur sécrétée d'être évacuée, en luttant contre le développement du gland, d'où quelquefois un étranglement qui produit la gangrène du prépuce. C'est surtout cette complication qui rend la balano-posthite très-douloureuse. Alors l'inflammation ne se borne pas à la muqueuse de la cavité préputiale ; elle peut s'étendre au gland, au tissu cellulaire qui sépare la muqueuse de la peau, à la peau elle-même, ce qui donne un caractère phlegmoneux à la lésion. Entre les deux téguments du prépuce rampent deux ordres de vaisseaux qui s'enflamment : ce sont les lymphatiques et les veines. Selon M. Desruelles, la phlébite serait une complication beaucoup plus fréquente que la lymphite. C'est le contraire qui a lieu. Mais il faut convenir qu'avant les recherches de ce médecin, l'attention des observateurs n'était pas assez fixée sur l'inflammation des veines principales de la verge et sur celle des capillaires veineux, inflammation qui donne immédiatement un caractère de gravité réelle à la balano-posthite.

Quand tous les éléments anatomiques du prépuce sont envahis, l'extrémité de la verge est plus développée ; elle prend la forme d'une massue, elle rougit, puis tourne au violet. Si le prépuce est long, on le voit tordu à son extrémité, rétréci, comme pédiculé sur le point qui correspond au sommet du gland ; il est plus développé en avant et quelquefois avec hernie de la muqueuse. C'est alors qu'il peut y avoir non-seulement rétention de l'humeur sécrétée par la muqueuse, mais rétention d'urine, ce qui est beaucoup plus rare. Cette complication a plus d'une fois nécessité le débridement du prépuce, même avec des probabilités pour l'inoculation de la plaie produite par cette opération.

La blennorrhagie, le chancre, le bubon, sont souvent plutôt des conséquences que de véritables complications. Le chancre se remarque plus souvent que la blennorrhagie ; le bubon est aussi rare qu'à la suite de cette dernière maladie, et l'on verra plus tard qu'il peut être virulent. Les végétations, les pustules muqueuses qui peuvent être cause de balanite, sont aussi quelquefois des conséquences de cette affec-

[1] Observation rédigée par M. Codet, interne du service.

tion. (On aperçoit une végétation dans la planche I, fig. 2.) Ainsi, il est fréquent de voir pousser de nombreuses végétations sur le reflet du prépuce naguère occupé par une érosion ou une inflammation blennorrhagique. On a considéré à tort l'orchite comme une complication ou un accident de la balano-posthite.

Terminaisons. — La plus fréquente est une résolution ou une réparation prompte, si les complications sont levées, si les causes n'existent plus, si, par un traitement mal dirigé, on n'a pas aggravé le mal. Quand la balanite est consécutive, la terminaison se fait plus longtemps attendre, ou bien l'inflammation se reproduit. Cette maladie est très-tenace, si elle se lie à l'eczéma, ce qu'on observe assez souvent chez les vieillards.

Diagnostic. — Quand le prépuce est rétréci, il est quelquefois possible de confondre la balanite avec l'urétrite, car ces deux inflammations peuvent produire la même humeur, le même muco-pus. Il faut alors pousser le prépuce en arrière avec une main et de manière que le sommet du gland, le méat, correspondent à l'ouverture préputiale ; avec l'autre main, on comprime l'urètre d'arrière en avant, et s'il s'agit d'une blennorrhagie urétrale, on voit sortir de l'humeur par le méat. Si par rétrécissement extrême du prépuce on ne peut utiliser cette manœuvre, on aura égard aux circonstances suivantes : En général l'émission des urines n'est en rien modifiée ou n'est pas plus fréquente qu'à l'ordinaire dans la balanite ; la douleur est limitée au gland ; l'humeur est aussi abondante avant qu'après avoir uriné ; les érections sont rares. Dans l'urétrite, la douleur finit toujours par s'étendre sur plusieurs points de l'urètre ; celles qu'on éprouve en urinant sont surtout plus rapprochées du périnée ; les besoins d'uriner se répètent plus souvent, et, par la pression de l'urètre dirigée des bourses vers le gland, on augmente de beaucoup la quantité d'humeur qui sort du prépuce.

Le chancre de la cavité préputiale peut simuler la balanite ; mais, en général, il fournit moins d'humeur que cette inflammation, et, par une palpation attentive et méthodique, il est rare qu'on ne constate pas une dureté qui décèle l'ulcération spécifique. Quand le gland peut être découvert, d'autres difficultés peuvent exister encore. Ainsi on a confondu de simples excoriations avec l'exulcération réellement spécifique, l'exulcération primitive avec celle qui est consécutive. Les excoriations simples, ordinairement les moins étendues, sont très-irrégulières, d'un beau rouge ; leur sécrétion est peu abondante ; par l'évaporation, ce produit se forme en croûtes et pellicules jaunâtres, et, autour, le gland est rarement plus coloré et irrité. Les érosions consécutives sont plus arrondies ; la pellicule dont elles se couvrent tombe facile-

ment sous forme de squames et laisse au-dessous une teinte comme un vernis d'un rouge brun (teinte syphilitique). Il est rare d'ailleurs qu'il n'y ait pas alors quelques syphilides. L'eczéma laisse aussi des excoriations qui pourraient être confondues avec celles de la vraie balanite, mais on voit avant ou après de petites vésicules ; il y a beaucoup de démangeaison, et souvent l'affection se répète sur d'autres points du tégument.

Pronostic. — Ce que j'ai dit des terminaisons indique le pronostic. Comme affection locale, cette maladie est une des plus bénignes quand elle n'est pas compliquée. Mais elle peut être le point de départ de l'infection syphilitique, même sous sa forme en apparence la plus légère, sous celle qui a été considérée comme simplement catarrhale.

Nature.—Les mêmes dissentiments qui existent sur la nature de la blennorrhagie urétrale se reproduisent ici. Mais, comme ici les surfaces peuvent être directement explorées, dans quelques cas, et que le chancre larvé ne peut venir obscurcir la vérité, la vérité, pour les esprits indépendants, se montre au double jour de la clinique et de l'expérimentation. L'observation, en effet, prouve que la balanite, sous ses deux formes, c'est-à-dire sans érosion et avec érosion, a été suivie des accidents consécutifs qui décèlent la vérole, c'est-à-dire de l'infection de l'organisme. Les expériences ont parlé dans le même sens. En effet, le produit de sécrétion de la muqueuse balano-préputiale a pu être inoculé avec succès, et cela lorsqu'il n'existait aucune ulcération, et sans la moindre érosion, la moindre solution de continuité de la muqueuse.

Il était impossible de nier les faits cliniques. On les a donc expliqués autrement que nous. Les faits d'expérimentation ont été niés tout simplement. Ces faits, cependant, se sont produits à l'hôpital du Midi : ils ont été recueillis par un interne que j'ai connu, et qui les a consignés dans sa thèse inaugurale. Le docteur Bartholi avance même qu'il compte par trentaine les observations de ce genre. Une de ces observations est surtout remarquable. Dans un cas de balanite, sans la moindre exfoliation de la muqueuse, sans aucun autre symptôme vénérien, il survint une adénite qui fut traitée par les ponctions multiples. Chaque piqûre fut transformée en chancre. Du pus puisé à une de ces ulcérations, et inoculé, fit naître ce qu'on appelait alors à l'hôpital du Midi la *pustule caractéristique*, c'est-à-dire celle qui précède le chancre (la thèse de M. Bartholi a été soutenue, à Paris, en 1845 ; elle est sur la *syphilis* et les *scrofules*). Je n'ai pas répété ces expériences, parce que la nature syphilitique de la balanite, sous la forme qu'on appelle simplement *catarrhale*, n'a jamais été douteuse pour moi, depuis que j'ai pu suivre pendant quelque temps les malades qui en avaient été affectés.

Il est donc démontré que la blennorrhagie balano-préputiale, sous sa forme ulcéreuse comme sous sa forme non ulcéreuse, peut être contagieuse, inoculable et le point de départ d'accidents consécutifs, tout comme certaines blennorrhagies urétrales. Seulement le fait peut être plus directement démontré ici, puisqu'il s'agit d'une *blennorrhagie externe*, c'est-à-dire d'une maladie qui est entièrement sous nos sens. Aussi, selon moi, l'histoire de cette blennorrhagie jette le plus grand jour sur l'histoire de toutes les autres blennorrhagies.

Traitement. — Je n'indiquerai ici que le traitement local, car le traitement général, ou pour mieux dire spécifique, sera enseigné quand il s'agira du chancre. Ce traitement spécial sera entrepris toutes les fois qu'on n'aura pas la certitude que la balanite est de cause physique ou simplement irritante.

Pour le traitement local, on peut se borner à des soins de propreté, à l'interposition d'un linge fin entre le prépuce et le gland. Ce système d'isolement doit être employé dans tous les cas où il y a possibilité. Rien n'entrave plus la résolution que le contact, le frottement d'une muqueuse malade avec une autre muqueuse. Au lieu de linge, on peut se servir de charpie, de coton. Je dirai bientôt quel est le liquide qui doit les imprégner. Dans le plus grand nombre des cas, à l'eau ordinaire comme lotions, comme bains locaux, on substitue l'eau blanche, une solution de nitrate d'argent. La formule que j'adopte a déjà été donnée quand j'ai établi le traitement de la blennorrhagie :

Azotate d'argent.................	2 décigr.
Eau..............................	200 grammes.

M. Baumès préfère :

Azotate d'argent.............	2 à 5 décigr.
Eau..........................	60 grammes.

M. Desruelles imbibe des bandelettes avec la solution suivante :

Eau..........................	32 grammes.
Azotate d'argent.............	1 gramme.

Les bandelettes appliquées sur le gland, on ramène par-dessus le prépuce. Quand le gland ne peut être découvert, on fait des injections entre lui et le prépuce avec la même solution.

1° *Traitement de M. Ricord.* — Quand le gland peut être mis à découvert, passer rapidement le crayon de nitrate d'argent sur toutes les surfaces malades. Application d'un linge fin sur lequel on ramène le prépuce. Après cette opération, fomentations avec eau de Goulard dont

on imbibe des compresses. Changer le linge fin deux fois par jour, et chaque fois, lotion avec eau légèrement saturnine.

Quand il y a inflammation très-aiguë, complication de phimosis congénial ou accidentel, antiphlogistiques actifs, c'est-à-dire sangsues au pénil, au pli génito-crural de chaque côté, mais jamais sur la verge même. Bains locaux avec décoctions de racine de guimauve, de graine de lin, avec lait tiède, puis décoctions de morelle, de têtes de pavot. Injections entre le prépuce et le gland avec ces narcotiques légers. Une ou deux mouchetures de chaque côté de la partie inférieure du prépuce quand il y a beaucoup d'œdème et peu d'inflammation. Éviter cette petite opération quand il y a érysipèle, préférer alors les sangsues comme il a déjà été indiqué.

S'il y a menace de gangrène, fomentations avec un soluté d'extrait gommeux d'opium, injections avec le même liquide dans la cavité préputiale ; à l'intérieur, un grain d'opium répété plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Le même narcotique s'administre en lavements avec 8 ou 10 grains de camphre.

2° *Traitement de l'auteur.* — Je pratique une injection entre le prépuce et le gland d'après la formule déjà indiquée, et je passe aussi le crayon au nitrate d'argent sur toutes les surfaces malades quand elles peuvent être découvertes. Mais je ne me suis jamais trouvé dans la nécessité de pratiquer ni saignée locale, ni moucheture dans les cas de complication inflammatoire ou œdémateuse. Ceci n'est pas un blâme de la pratique que je viens d'exposer. Je désire seulement faire connaître comment je procède. Quand l'inflammation est très-vive, quand le sujet est jeune, sanguin, je préfère la saignée du bras. Je fais répéter les bains généraux, j'ordonne des fomentations avec la décoction de feuilles de morelle, et après on couvre la verge d'un cataplasme de farine de lin arrosé avec extrait de Saturne.

Il est des praticiens qui débrident le prépuce quand, avec un phimosis accidentel ou congénial, il y a une complication inflammatoire. Sans doute, il y a souvent avantage à faciliter le développement des tissus enflammés, car on peut ainsi éviter la gangrène. Mais dans la cavité préputiale et quand on croit à une balanite simplement inflammatoire, il peut y avoir un chancre caché ; la plaie de l'opération pourra donc être inoculée ; elle sera alors transformée en un large chancre qui souvent prendra la forme phagédénique. Je conseillerais plus volontiers le débridement, ou mieux la circoncision dans les cas d'inflammation chronique, surtout quand il y a possibilité de reconnaître que cette inflammation est limitée au gland. Ainsi, il y a peu de jours, j'ai opéré un malade qui se trouvait dans ce cas. Il avait un phi-

mosis incomplet, je pus m'assurer qu'il n'y avait guère que balanite. J'opérai la circoncision; j'appliquai les serres-fines; la plaie fut réunie en trente heures, et le gland, qui était très-rouge et excorié au moment où il fut tout à fait découvert, changea bientôt de couleur, pâlit; sur l'excoriation se forma une croûte, laquelle tomba huit jours après pour ne plus se renouveler. Il est évident qu'ici le contact de la muqueuse préputiale sur celle du gland entretenait la balanite.

CHAPITRE III.

BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME.

L'inflammation spéciale que je vais décrire atteint plusieurs muqueuses. La femme donc peut avoir plusieurs blennorrhagies. Elles se confondent trop souvent pour que je les décrive dans des articles séparés, comme je l'ai fait pour l'homme. Je préfère n'établir ici que des variétés que je décrirai dans le même chapitre.

Pour peu que la vitalité des organes génitaux de la femme soit modifiée, ils deviennent le siége de certaines sécrétions morbides confondues sous la dénomination de *flueurs blanches*, qui peuvent communiquer des blennorrhagies et ont nécessairement été considérées elles-mêmes comme des blennorrhagies. La femme peut donc donner un écoulement qu'elle n'a pas reçu et celui qu'elle a reçu. C'est ce qui a fait dire que, quant à la blennorrhagie, la femme donne plus qu'elle ne reçoit.

Siége. — Placer exclusivement le point de départ de la phlegmasie à la vulve, au vagin ou à l'urètre, c'est s'exposer à sortir des faits La blennorrhagie peut avoir ces trois points de départ, et c'est plus souvent par le vagin qu'elle débute. Voilà ce qu'on peut dire de plus positif. Elle peut être limitée à un des points indiqués, en envahir plusieurs et s'étendre en même temps sur toute la muqueuse génitale et sur celle de l'urètre.

Variétés. — Je vais étudier la blennorrhagie chez la femme dans ces trois régions. Je diviserai donc cette maladie en trois variétés qui seront basées sur le siége. Il y aura ainsi une variété vulvaire, une vaginale à laquelle je joindrai les variétés utérines et une urétrale. On verra dans les deux premières variétés des analogies avec la blennorrhagie balano-préputiale, analogies qui avaient déjà été remarquées par Hunter.

1° *Blennorrhagie vulvaire.* — On sait que la vulve comprend le cli-

toris et son prépuce, le vestibule, les petites et les grandes lèvres, les caroncules et ce qu'on appelle l'anneau vulvaire. Ces parties peuvent être affectées séparément, ce qui est très exceptionnel. Dans le plus grand nombre des cas, la vulve est prise dans son ensemble. La blennorrhagie est superficielle, c'est-à-dire simplement érythémateuse et bornée à la muqueuse; ou bien les glandules, les tissus, qui doublent cette membrane, prennent part à l'inflammation. La phlegmasie peut même s'étendre à la peau qui avoisine les parties génitales, surtout chez les femmes qui ont beaucoup d'embonpoint.

En général, la blennorrhagie vulvaire est avec prurit très-incommode, chaleur vive, rougeur très-prononcée, tuméfaction. Il y a quelquefois des érosions comme dans la balanite. Chez beaucoup de femmes, le début est marqué par de grands désirs vénériens. Mais c'est exceptionnellement que cette espèce de nymphomanie suit toutes les phases de la blennorrhagie. La marche échauffe les parties et les rend douloureuses. Quelquefois la malade souffre en s'asseyant. Même en l'absence de toute urétrite, l'émission de l'urine est douloureuse, surtout, à la fin, quand les dernières gouttes se répandent en nappe sur la vulve enflammée.

Il y a souvent un gonflement œdémateux et inflammatoire en même temps; il peut aller jusqu'à l'oblitération du vagin, à l'étranglement, à une espèce de paraphimosis des nymphes. L'urètre même est quelquefois comprimé, d'où douleur pendant tout le temps de l'émission de l'urine, car il y a dysurie. A ce degré de l'inflammation, quand elle s'étend à la peau de la vulve et des parties voisines, l'humeur est très-âcre et la femme exhale une odeur des plus fétides. Les glandules qui doublent la membrane muqueuse de la vulve, celles qui sont dans l'épaisseur des lèvres, peuvent être envahies par l'inflammation. Quand on croyait que l'écoulement blennorrhagique n'était autre chose qu'une matière séminale, on plaçait le siége de la maladie à ces glandes considérées alors comme des réservoirs du sperme. Ainsi on peut voir dans Astruc que « les prostates, les glandes de Cowper « sont considérées comme des points de départ de la blennorrhagie. Pour ce qui concerne la femme, cet auteur dit très-explicitement que ces dernières glandes « sont situées dans le périnée, près de l'anus, lesquelles « s'ouvrent dans la vulve par deux conduits qui sont au commence- « ment du vagin, près les caroncules myrtiformes [1]. » Ce sont là évidemment les corps glanduleux décrits naguère par M. Huguier. Eh bien! ces glandes peuvent aussi s'enflammer comme les follicules plus

[1] *Traité des maladies vénériennes*, t. III, p. 7.

ou moins profonds, et alors la vulvite revêt une forme phlegmoneuse. Il se forme des abcès qui, s'ils ne sont pas ouverts convenablement, peuvent très-bien devenir le point de départ d'une fistule borgne, c'est-à-dire avec une seule ouverture à la vulve, ou d'une fistule complète dont la seconde ouverture sera au rectum, très-près de l'anus. J'ai depuis très-longtemps fait connaître les caractères de ces abcès et indiqué les conséquences qu'ils pouvaient avoir.

Selon que la vulvite est plus ou moins superficielle, plus ou moins récente, selon qu'elle s'étend en profondeur, en surface, elle peut donner lieu à un écoulement d'abord muqueux, puis muco-purulent, puis tout à fait purulent. Le pus s'offre ordinairement avec tous ces caractères quand les glandes ont suppuré. Si l'inflammation s'est étendue à la peau voisine, il suinte de cette surface une humeur comme celle d'un vésicatoire. C'est alors surtout que la fétidité est insupportable.

La vulvite est observée assez souvent chez les petites filles un peu lymphatiques. Elle se manifeste d'abord par un écoulement muqueux qui se trouble peu à peu; elle peut être avec des démangeaisons et quelquefois avec des cuissons et une véritable douleur. Dans le plus grand nombre des cas, cette blennorrhagie est spontanée. Il est rare qu'elle soit due à des attouchements.

2° *Blennorrhagie vagino-utérine.* — Sous ce titre, j'étudierai la blennorrhagie qui se borne au vagin et celle qui remonte jusqu'à la matrice. La vaginite est une extension de la vulvite, ou bien, ce qui est le plus fréquent, c'est la vaginite qui commence. Le vagin peut être entièrement envahi, ou seulement dans sa portion la plus voisine de la vulve, ou celle qui embrasse le col utérin. Si la blennorrhagie se borne au cul-de-sac en rapport avec le col, et si l'humeur s'accumule dans cette impasse, on peut, si l'on visite superficiellement une femme, la déclarer saine quand elle recélera en réalité de quoi infecter très-facilement celui qui aura des rapports avec elle. Il faut introduire le doigt profondément dans le vagin, déprimer sa face postérieure, former là un sillon. On voit alors l'humeur filer le long du doigt pour arriver à la vulve. Il vaut encore mieux, lorsqu'il y a possibilité, appliquer le spéculum et examiner avec soin l'état de la muqueuse à mesure qu'on retire l'instrument.

Ici encore l'inflammation peut n'être qu'érythémateuse, catarrhale ou phlegmoneuse, selon qu'elle se borne à la surface muqueuse ou qu'elle envahit la doublure du tégument et les follicules muqueux, ce qui rend la maladie très-tenace. En parlant de la vulvite, je n'ai pas fait mention des phénomènes qui se passent dans la sphère génitale et plus loin, parce qu'ils sont rares alors. Mais quand il y a vaginite, il est fréquent

d'entendre les femmes se plaindre de pesanteurs aux aines, d'embarras, de douleurs dans le bassin, d'un malaise général, de courbature. La douleur locale est ici généralement moins prononcée; il est même des femmes qui ne souffrent à aucune période de la vaginite et chez lesquelles le coït n'éveille aucune sensation désagréable. Or comme quelquefois elles le désirent plus que jamais, les hommes qui vivent dans leur société se trouvent fort exposés. Il arrive aussi que la vaginite est très-douloureuse, que le toucher le plus méthodique est insupportable et que la femme souffre même pendant la défécation. On observe surtout ces phénomènes de sensibilité quand l'inflammation de la muqueuse passe aux tissus sous-jacents. Si en général la douleur est moindre dans la vaginite, l'écoulement, au contraire, est plus considérable. L'inspection du vagin montre la muqueuse plus rouge qu'à l'état normal; la rougeur est vive, franche, et elle se fait principalement remarquer sur les rides alors plus saillantes. Quelquefois la surface vaginale a l'aspect d'une plaie qui bourgeonne : c'est alors ce qu'on a appelé la *vaginite papuleuse* ou *granuleuse*. M. Deville croit qu'elle est spéciale aux femmes enceintes. Il est vrai qu'on l'observe plus souvent dans cette circonstance, mais elle peut être constatée aussi chez la femme en dehors de l'état de grossesse.

Comme on a vu chez l'homme la blennorrhagie débuter par la fosse naviculaire, parcourir l'urètre, aller jusqu'à sa partie la plus profonde, et là s'établir à l'état chronique, se compliquer d'un gonflement prostatique, on voit aussi, chez la femme, la blennorrhagie commencer par la vulve, parcourir le vagin, séjourner à son cul-de-sac et se fixer au col de l'utérus qui se gonfle et subit diverses modifications pathologiques. Ce sont les altérations de cette partie de la matrice, ce sont les sécrétions morbides dont elle devient le siége qui, pour le dire en passant, donnent le plus de chaude-pisses. A cet état chronique, la femme ne souffre nullement du coït. Comme la maladie est ancienne, elle croit qu'elle est passée, et les sécrétions morbides sont confondues par elle avec les écoulements qu'on appelle *flueurs blanches*.

La blennorrhagie peut même aller plus loin; elle peut parcourir l'intérieur du col de l'utérus. Alors l'humeur est plus muqueuse, elle sort du vagin par masses filantes; elle a une ténacité qu'on n'observe pas quand il y a seulement vaginite. Enfin, le corps même de l'organe peut être envahi et on a même des raisons de croire que l'inflammation pourrait arriver aux ovaires par les trompes d'Eustache, comme elle arrive aux testicules par le canal déférent à une certaine période de la blennorrhagie urétrale chez l'homme. Quand je traiterai des accidents, je citerai des faits qui semblent autoriser à admettre une ovarite blen-

norrhagique, laquelle serait l'analogue de l'orchite blennorrhagique.

3° *Blennorrhagie urétrale.* — L'urètre est d'abord affecté ou bien c'est consécutivement par extension de l'inflammation de la vulve ou du vagin. La symptomatologie de la blennorrhagie urétrale chez la femme ressemble beaucoup à celle de l'urétrite chez l'homme. Il y a quelquefois une légère démangeaison, une cuisson qui se transforme en une douleur véritable, douleur qui devient brûlante pendant l'émission des urines. Pour acquérir la certitude que le siége de l'inflammation est réellement à l'urètre, on introduit le doigt index dans le vagin, on tourne sa face palmaire vers le pubis et l'on presse sur l'urètre, en allant du col de la vessie au méat. Dans les cas d'urétrite, le cordon formé par l'urètre dans le vagin paraît plus volumineux : il est plus sensible, et la pression amène à l'extérieur une quantité plus ou moins considérable de muco-pus.

Accidents. — Les accidents de la blennorrhagie, chez la femme, sont bien moins nombreux que chez l'homme. On a de moins ici la prostatite, l'épididymite. Quant à l'ophthalmie et l'arthrite blennorrhagiques, elles s'observent moins souvent. L'inflammation du corps de la vessie, celle surtout du col de cet organe, est bien moins fréquente que chez l'homme. Un accident qu'on peut comparer en quelque sorte à l'orchite, c'est l'ovarite. Je l'ai constatée plusieurs fois ; elle n'a pas échappé à l'observation de M. Ricord, et, dans ces derniers temps, M. Mercier a prouvé par l'anatomie pathologique que non-seulement l'inflammation pouvait envahir les trompes, enflammer les ovaires, mais aller jusqu'au péritoine, donner lieu à une inflammation de cette séreuse, à l'oblitération des trompes, et devenir ainsi une cause de stérilité.

Voici les symptômes de l'ovarite blennorrhagique. Après ceux de la vulvite et de la vaginite, après quelques accidents du côté de l'utérus, on observe des douleurs dans une ou dans les deux régions iliaques, avec tension, gonflement, douleur à la pression. Un signe qui a paru constant à M. Ricord, et auquel il accorde la plus grande valeur, c'est celui-ci : Toutes les fois qu'on fait coucher une femme ainsi malade sur le côté où existe le gonflement, la douleur diminue, car, à mesure que la position change, les tiraillements exercés par l'organe affecté diminuent, et par suite la douleur dont ces tiraillements sont la cause.

Quelquefois l'affection se propage à l'utérus et à l'ovaire, non pas pendant le fort de la vaginite, mais après un certain temps, comme on voit chez l'homme l'orchite survenir après le deuxième ou le troisième septénaire de la blennorrhagie. En général, il existe l'analogie la plus

parfaite entre l'ovarite blennorrhagique et l'orchite. Presque toujours on obtient la guérison. La suppuration a lieu très-rarement. Je crois l'avoir observée une fois. C'était une ovarite qui survint après une vaginite intense, avec extension à l'utérus. Il y eut douleurs très-vives vers les deux fosses iliaques, douleurs qui néanmoins n'étaient pas manifestement augmentées par la pression. En explorant ces deux régions, après avoir vidé le gros intestin par deux lavements, on sentait un empâtement. Le haut des cuisses était douloureux ; il y avait des crampes aux membres inférieurs. Des vomissements, des douleurs d'estomac se déclarèrent. Le pouls était médiocrement accéléré, assez souple. Céphalalgie. Dix jours après les premiers symptômes de l'ovarite, après la cessation des douleurs, pendant le calme, j'appliquai le spéculum. A peine fut-il introduit qu'il s'échappa par le col utérin une grande quantité de pus bien lié, mais ayant une odeur des plus repoussantes. J'ai pensé que ce pus venait des ovaires, qu'il avait été conduit dans l'utérus par les trompes, ou que cet organe avait subi une solution de continuité quelconque.

Je vais maintenant transcrire une observation importante de M. Mercier. Je ferai ainsi connaître un fait qui éclaire l'anatomie pathologique de la blennorrhagie chez la femme sous sa forme la plus intense et la plus extensive. On verra tous les points, que j'ai considérés comme pouvant être le siége de la blennorrhagie, envahis. Il y a en effet des traces de vulvite, d'urétrite, de vaginite, de métrite, etc.

« Il s'agit d'une fille de dix-neuf ans qui, affectée de blennorrhagie depuis quelques semaines, fut prise de prodromes d'une fièvre typhoïde. Pendant ce temps, une douleur intense se manifesta dans le bassin : une application de quarante sangsues amena une amélioration, mais la fièvre typhoïde ayant, malgré cela, poursuivi son cours, la mort survint au bout d'un mois.

« Voici ce que nous trouvâmes à l'autopsie :

« Dans le canal digestif, il existe environ soixante ulcérations à différents degrés... Face interne des grandes lèvres rouge et boursouflée ; à gauche surtout elles sont excoriées çà et là. Les nymphes sont couvertes de granulations serrées de la grosseur de têtes d'épingle. La vessie, très-petite, contient un peu d'urine puriforme. Sa membrane interne est rosée, surtout aux environs des uretères et de l'orifice urétral. La partie inférieure de l'urètre, jusqu'à trois lignes environ, offre une teinte rouge uniforme très-foncée. Plus haut, ce canal ne présente plus que des taches rouges assez nombreuses. Le vagin, depuis la vulve jusqu'à 1 pouce 1/2 de hauteur, a une teinte rouge extrêmement foncée. Dans cet endroit aussi les rides transversales sont plus prononcées que

de coutume, surtout en avant, où l'on voit de petites saillies serrées et semblables à de petites végétations. Plus haut, la teinte rouge est bien moins foncée. Le col de l'utérus est un peu plus rouge que la partie du vagin qui l'entoure. Son ouverture qui est une fente transversale assez large, indique que cette femme a été mère. La cavité du col a une couleur rouge presque violette. Le tissu de la matrice n'est pas enflammé, mais sa membrane muqueuse est d'une couleur lie de vin très-foncée. L'inflammation se continue dans les trompes qui ne sont pas oblitérées, du côté de la matrice. La cavité de ces diverses parties contient un mucus puriforme assez abondant; on n'y trouve point d'ulcérations. Dans toute l'étendue de l'abdomen, excepté dans le petit bassin, le péritoine est parfaitement sain. Les intestins ne nous ont pas présenté la moindre perforation. D'ailleurs le péritoine, à sa surface, n'offrait aucune altération; mais dans le cul-de-sac vésico-utérin, en bas de la face postérieure de la vessie et de la face antérieure de la matrice, existaient de fausses membranes rougeâtres, molles, granuleuses, minces et faciles à détacher. Dans le cul-de-sac utéro-rectal, le péritoine est également enflammé, livide çà et là et recouvert d'adhérences filamenteuses qui s'étendent de la matrice au rectum; des adhérences également filamenteuses recouvrent les ligaments larges, les ovaires et les trompes, à tel point qu'on ne peut retrouver les franges de la cavité gauche, qui est ainsi oblitérée. Malgré les adhérences nombreuses qui environnent le pavillon droit, sa cavité communique encore avec le péritoine[1] »

Si la fièvre typhoïde n'avait pas tué cette femme, elle aurait vécu avec le pavillon de la trompe gauche oblitéré, et comme les franges du côté droit auraient pu empêcher le pavillon de ce côté de s'incliner vers l'ovaire, il aurait pu y avoir stérilité. D'ailleurs ce n'est pas la première fois qu'on a trouvé des oblitérations du pavillon et des trompes chez les femmes vénériennes. Ce fait d'anatomie pathologique avait même été signalé par Morgagni. M. Mercier a demandé si là ne serait pas la cause principale de la stérilité chez les prostituées.

Diagnostic. — En décrivant les trois variétés, je crois avoir suffisamment établi le diagnostic quant au siége. Je n'ai rien dit alors de l'acidité de l'humeur pour la vaginite, de l'état alcalin pour les autres blennorrhagies, ni des animalcules, parce qu'il est reconnu que ces caractères sont loin d'être constants et d'avoir l'importance qu'on leur a attribuée. Sur ce point encore, je suis d'accord avec M. Baumès. Le diagnostic, quant aux causes, à la connaissance de la nature de l'écou-

[1] *Gazette des hôpitaux*, t. VIII, 2e série, p. 432.

lement, ce diagnostic est aussi obscur, et même plus, chez la femme que chez l'homme, et cette obscurité provient surtout des leucorrhées qui simulent la blennorrhagie et jouent souvent le même rôle, car elles peuvent, comme cette maladie, devenir contagieuses. Il est certain que la réunion des circonstances qui se rattachent à la maladie, le temps qui s'est écoulé depuis les rapports suspects, les dispositions que la femme avait antérieurement à contracter des écoulements, les renseignements sincères de celles qui n'ont que le désir de guérir et aucun intérêt à tromper ; il est certain que tout cela peut conduire à des probabilités, sans donner cependant la certitude. Elle ne s'obtient pas davantage par la considération du siége de la blennorrhagie, car celle qui est urétrale n'est pas plus syphilitique ni plus contagieuse que celle qui est vaginale. La nature, la couleur des taches, n'apprennent rien. La douleur qui se manifesterait pendant la blennorrhagie, et qui serait absente pendant la leucorrhée, est un caractère encore plus trompeur, car il est des écoulements qui, à une certaine période, sont d'une indolence remarquable et qui n'en sont pas moins très-contagieux et manifestement syphilitiques. Pour M. Ricord, le siége de la blennorrhagie éclaire son étiologie. Ainsi, d'après ses recherches, l'urétrite, chez la femme, serait toujours communiquée. Si on l'interroge avec soin, elle convient qu'elle s'est exposée, qu'elle s'est livrée à un coït suspect. Pour les blennorrhagies vulvaire, vaginale, souvent elle n'en convient pas. Ici M. Ricord, en général si méfiant, croit à la femme et admet, comme je l'ai déjà dit, que les blennorrhagies urétrales chez elle sont communiquées, tandis que les autres peuvent être plutôt considérées comme spontanées. Mais des relevés faits sur une grande échelle constatent que, chez les filles publiques qui, par métier, s'exposent à l'infection, la blennorrhagie urétrale est très-rare. On le voit, l'obscurité règne encore ici. Mais une chose bien établie, c'est que chez la femme peuvent naître, sans rapports suspects, des écoulements très-contagieux. Dire que les hommes qui puisent à cette source une blennorrhagie ne peuvent la communiquer à une autre femme, c'est, je crois, émettre une hypothèse qui a des dangers.

Pronostic. — Le pronostic, envisagé au point de vue du siége de la blennorrhagie, a été assez indiqué dans la description des trois variétés. Il est certain que la vulvite superficielle, et pour ainsi dire tout à fait extérieure, est d'une facile et prompte guérison. Il n'en est pas de même si elle devient phlegmoneuse, si les glandules s'enflamment. J'ai déjà dit qu'alors il pouvait survenir des abcès, des fistules, dont la guérison est longue, difficile, surtout quand il s'agit de la dernière complication.

La vaginite, même superficielle, est généralement plus difficile à guérir que la vulvite ; à plus forte raison si le tissu cellulaire est plus ou moins pris et lorsque tout le vagin est affecté, surtout son cul-de-sac supérieur. Par la rapidité de la guérison, l'urétrite tiendrait le milieu entre la vulvite et la vaginite. L'urétrite peut facilement être modifiée par les résineux, par ce qu'on appelle les antiblennorrhagiques, lesquels n'ont guère d'influence sur les autres variétés. La blennorrhagie est surtout tenace quand elle envahit le col, le corps de l'utérus. Elle revêt alors la forme de catarrhe, se complique d'engorgements qui passent facilement à l'état chronique.

Traitement. — Quand je me suis occupé de la blennorrhagie en général, j'ai indiqué l'hygiène et les principes de thérapeutique qu'on fera bien de consulter. En parlant de la blennorrhagie chez l'homme, j'ai exposé des préceptes dont plusieurs trouvent aussi leur application ici. Je vais donc m'occuper maintenant de ce qu'il y a de spécial dans le traitement de la blennorrhagie chez la femme, et, pour plus de clarté, je me servirai des divisions que j'ai établies lorsque j'ai voulu décrire avec détail la maladie.

1° *Blennorrhagie vulvaire.* — Celle qui est superficielle, outre les bains généraux et locaux, exige un pansement qui consiste en des plumasseaux isolant les surfaces enflammées. Les solutions affaiblies de nitrate d'argent, d'acétate de plomb que j'ai conseillées dans la balanite, trouvent ici une application utile. En général, ces moyens suffisent pour guérir l'état local en huit jours, ou pour l'améliorer manifestement. Il est bien entendu qu'il s'agit de la phlegmasie superficielle de la muqueuse seulement. Mais si l'inflammation est phlegmoneuse et les glandules affectées, alors le traitement devra être plus sérieux : il faudra en venir, dans certains cas, aux émissions sanguines ; toujours on insistera sur les bains, sur les topiques émollients laudanisés. Comme, avec la vulvite profonde, il peut y avoir des chancres au commencement du vagin, en dehors des caroncules, chancres qui, par leur peu d'étendue et leur position, échappent quelquefois à notre examen, on devra s'abstenir de la saignée locale, car les piqûres de sangsues qu'on appliquerait à l'anus, au pli génito-crural, pourraient très-bien être inoculées. Il vaut mieux alors, si la femme est jeune, robuste, un peu sanguine, pratiquer une saignée, laquelle n'arrête pas toujours la marche de la phlegmasie, n'empêche pas toujours le pus de se former, mais abat, en général, la douleur et limite beaucoup le foyer inflammatoire.

Pour en revenir aux topiques, je dirai qu'il faut préférer ici les cataplasmes de fécule, ceux de farine de riz à ceux de lin, qui, appli-

qués sur des parties aussi échauffées, déterminent trop souvent de l'eczéma, pour peu qu'ils séjournent.

Il faudra surveiller les parties pour agir dès que la suppuration se manifestera. En effet, en se hâtant d'ouvrir les abcès, on limite beaucoup le foyer inflammatoire, et l'on place la poche dans les circonstances les plus favorables pour qu'elle revienne facilement sur elle-même et qu'elle s'efface ; on évite enfin les clapiers, les fistules. Comme ici il y a un avantage réel à pratiquer une grande incision, quand l'abcès est dans l'épaisseur d'une grande lèvre, je préfère attaquer la surface cutanée que la surface muqueuse. Je crains qu'en pratiquant l'ouverture de ce dernier côté, on facilite le passage des humeurs vaginales dans le foyer qu'on vient d'ouvrir, ce qui peut empêcher d'abord l'effacement de la poche purulente, et favoriser une résorption purulente grave. J'ai observé plusieurs faits qui me confirment dans ces craintes et me font insister sur le précepte que je viens de donner.

On arrive quelquefois trop tard : l'abcès est déjà vaste, la muqueuse est décollée, amincie ; l'ouverture par la surface cutanée n'empêcherait donc pas la perforation spontanée du côté du vagin. On ne se contentera pas alors d'une grande incision ; il faudra exciser la muqueuse altérée, mettre tout le fond de l'abcès à nu, afin d'avoir là une surface, autant que possible, de niveau avec les autres points de la muqueuse et non un cul-de-sac. Mais, pour cela, il faut exciser non-seulement la muqueuse malade, mais une partie des tissus sains.

2° *Blennorrhagie vagino-utérine.* — Ici on emploie beaucoup les injections. Dans ces derniers temps, on y a joint le tamponnement. Mais si la vaginite est aiguë et compliquée de phénomènes inflammatoires avec réaction, on commencera par les antiphlogistiques directs et indirects. On pourra pratiquer d'abord une saignée; on entretiendra la liberté du ventre. Il sera donné des boissons délayantes ; on conseillera les bains tièdes avec injections pendant le séjour dans le bain ; puis les décoctions émollientes et légèrement narcotiques de têtes de pavot, avec quelques cuillerées d'amidon. Ces décoctions doivent être employées tièdes. La vivacité de l'inflammation peut nécessiter l'emploi de véritables cataplasmes intra-vaginaux. On injecte alors dans le vagin de la fécule, la farine de graine de lin en consistance demi-solide. Ces cataplasmes ne sont guère possibles que chez les femmes qui ont l'anneau vulvaire assez large. On se sert alors d'une seringue à laquelle on a enlevé la canule.

Quand l'inflammation a perdu de son intensité et qu'il n'y a plus de réaction, il faut en venir à des injections astringentes. Je conseille d'abord la formule suivante :

Eau commune	600 grammes.
Sous-acétate de plomb...........	1 gramme.
Sulfate de zinc....................	1 gramme.

Une injection matin et soir.

On en vient ensuite à la solution que voici :

Eau de rose..............	300 grammes.
Acétate d'argent..................	15 centigr.

La dose peut être progressivement augmentée pour ce qui concerne ces deux formules. Je conseille quelquefois d'alterner ces injections avec la décoction concentrée de feuilles de noyer seule, ou mêlée avec portion égale d'eau de goudron. A mesure que la vaginite revêt la forme chronique, on rend les injections plus astringentes. M. Ricord recommande alors la formule suivante :

Alun.........................	4 à 8 grammes.
Eau commune froide..........	1 litre.

On peut augmenter progressivement la dose de l'alun. Les malades feront dans les premiers temps deux injections par jour. Le sous-acétate de plomb liquide peut être employé dans la même proportion. M. Ricord arrive enfin à cette formule :

Acétate de plomb................	20 grammes.
Eau..........................	1 litre.

Les injections à l'acétate de plomb doivent être préférées, quand, aux autres symptômes de la vaginite, se joint un prurit des organes génitaux. Dans les autres cas, M. Ricord choisit l'alun.

C'est encore contre les écoulements blennorrhagiques vaginaux chroniques qu'on a conseillé les injections avec le vin rouge dans lequel on a fait bouillir des roses de Provins.

Ou bien on se sert de la formule suivante :

Tannin pur......................	10 grammes.
Eau...........................	1 litre.

Pour pratiquer le tamponnement après l'injection, le liquide étant sorti, on applique le spéculum qui découvre les parties les plus profondes du conduit membraneux. Alors, avec une pince, on introduit au fond du spéculum des boulettes de charpie fine, ou de coton cardé, de manière à former un cylindre plein de ces substances. C'est alors un tampon élytroïde. Ceux qui ont suivi quelque temps les visites de Lourcine comprendront tous les avantages de cette pratique. Elle a un

inconvénient : c'est la nécessité de renouveler le tampon au moins une fois par jour, ce qui est désagréable pour la femme, assujettissant pour le médecin. Hourman préférait le coton cardé. Il vaut mieux la charpie sèche. Le coton est un excitant mécanique qui, par sa finesse même, irrite un peu les parties avec lesquelles il est en contact. Il n'absorbe pas aussi bien les liquides vaginaux que la charpie. On préférera la charpie de fil. Chaque pelote ou bourdonnet de charpie ou de coton, sera liée avec un fil dont les bouts pendront à l'extérieur et faciliteront l'extraction du corps étranger.

Si la vaginite résistait aux injections et au tamponnement, on en viendrait à l'azotate d'argent solide. On applique d'abord le spéculum, on met le col utérin à découvert et l'on badigeonne toute la muqueuse vaginale avec le crayon, à mesure que l'on retire le spéculum. On cautérise ainsi cette membrane dans toute son étendue, en procédant d'arrière en avant.

A. *Injections intra-vaginales.* — Quand il y a blennorrhagie du col, je fais surtout les *injections* ou *douches intra-vaginales.* Le liquide est une décoction très-concentrée de feuilles de noyer, à la température de la salle, quelle que soit la saison. L'instrument est une grosse seringue à lavement. Le spéculum à deux valves est appliqué; il saisit et découvre bien le col de l'utérus. C'est sur ce col que le jet est lancé de toutes les forces de l'aide qui pousse le piston. Immédiatement après, on place sur cette partie de la matrice un fort tampon de charpie.

Un pareil liquide ainsi injecté exerce une espèce de compression sur le col et abaisse sa température ; il doit agir encore par ses qualités astringentes; aussi observe-t-on parfois des phénomènes curieux. On voit le col pâlir et s'amoindrir ; il éprouve une espèce de retrait. Ce phénomène ne se produit pas toujours, surtout pour ce qui a trait à la pâleur. Quelquefois, au contraire, j'ai vu la coloration se prononcer davantage au moment de l'injection. Il est arrivé aussi qu'une matrice débarrassée des mucosités qui pendaient à son col avant l'injection, a rejeté, au moment où le liquide l'a frappée, de nouvelles mucosités, ce qui prouverait encore le retrait dont j'ai parlé, et peut-être même une espèce de contraction de la matrice.

Presque jamais la femme injectée n'éprouve de la douleur au moment de l'injection. De retour à son lit, quelquefois des coliques se déclarent. Elles portent surtout à l'hypogastre et vers les régions iliaques. J'ai souvent observé ces coliques au moment où la guérison commençait à s'opérer. Au lieu d'en être inquiet, j'en tirais un bon augure.

Voici qui est bien remarquable : dans les premiers temps de ces in-

jections, il y avait un nombre bien plus considérable de coliques qu'aujourd'hui, et cependant c'était le même liquide, le même procédé; c'était la même manière de l'appliquer. Qu'on ne dise pas que les femmes s'y étaient habituées, car on en injectait tous les jours de nouvelles. Il faut plutôt dire que *l'esprit de la salle* s'y était habitué. Je reviendrai sur cette circonstance.

Ces espèces de douches ont souvent hâté d'une manière marquée la guérison de certains engorgements anciens, et procuré en très-peu de temps la cicatrisation des ulcérations les plus rebelles. J'ai vu à Lourcine une femme d'une quarantaine d'années qui avait au col utérin une ulcération granulée de 8 à 10 lignes de diamètre dans tous les sens : deux ou trois injections en réduisirent les dimensions à moitié.

Ces injections ont d'ailleurs un avantage que personne ne contestera : elles débarrassent le vagin et le col des mucosités, des humeurs plus ou moins irritantes, lesquelles ont plus d'influence qu'on ne pense dans la persistance et même dans la production de certaines ulcérations. Le tampon de charpie, appliqué sur le col, l'empêche d'être en contact avec le vagin, ce qui est une circonstance favorable pour la cicatrisation. D'ailleurs le jet de liquide détermine une compression instantanée qui est un moyen de résolution de tout engorgement.

Ces injections sont faites deux fois par semaine. On les suspend pendant les règles, et même deux jours avant et deux jours après. On s'en abstient pendant la grossesse. Elles ne sont commencées que quatre mois après l'accouchement ou un avortement. Quand le col est très-rouge, turgescent, des sangsues sont appliquées à l'anus; des bains de siége, des bains entiers, complètent le traitement. Les jours de repos pour les douches sont employés par la femme; elle fait des injections astringentes pendant qu'elle est couchée, et autant que possible le bassin relevé.

B. *Injections intra-utérines.* — Elles consistent à faire pénétrer le liquide modificateur non-seulement dans le col, mais encore dans la cavité du corps de l'utérus. Elles sont donc employées quand la blennorrhagie est allée jusqu'à la matrice, et qu'elle a revêtu une forme chronique, quand il s'est établi une espèce de catarrhe utérin.

Ces injections ont d'abord rencontré une forte opposition dans les cours, dans les journaux; puis s'éleva la question de priorité, ce qui prouvait déjà un véritable succès. J'ai été obligé de me défendre alors d'avoir *inventé* ce moyen; j'ai dit que je ne prétendais qu'au mérite de l'avoir *conservé* à la thérapeutique, et j'ai même désigné plusieurs inventeurs contemporains : le tout pour avoir la paix, et je n'ai pas réussi! Plus tard, j'ai trouvé un procédé bien plus simple d'enterrer la

question de priorité. J'ai imaginé de trouver l'invention chez les Grecs. J'ai pour cela fait appel aux connaissances historiques et à l'obligeance de M. Daremberg. Il a bien voulu me remettre une note qui prouve jusqu'à l'évidence que la chirurgie grecque, très-hardie comme on le sait, allait jusqu'à la cavité utérine même, qu'elle faisait littéralement des injections *intra-utérines*.

Une première objection devait surgir : on devait reprocher aux injections intra-utérines d'exposer à la péritonite. On a donc supposé que le liquide passerait de la cavité utérine dans la cavité péritonéale ; alors les injections intra-utérines deviendraient des injections intra-abdominales ; le péritoine s'enflammerait. Je ne dirai pas toutes les variantes de ce thème ; je ne puis noter tous les tons des petites déclamations qu'on s'est permises à ce sujet. Je répondis à ce qu'il y avait de sérieux dans le reproche, et je commençai par invoquer l'expérimentation. J'instituai trois séries d'expériences sur le cadavre, pour constater si le liquide injecté dans la cavité utérine pouvait arriver dans les trompes et de là dans le péritoine :

1° Injections forcées ; 2° injections abondantes ; 3° injections modérées.

1° Pour exécuter les *injections forcées*, on a employé une seringue dont on se sert dans les amphithéâtres pour injecter les artères ; la canule introduite dans le col, on a jeté une ligature sur celui-ci et on l'a serrée de manière à rendre impossible tout retour du liquide. Le piston a été poussé avec toute la force d'un homme jeune et vigoureux.

Ainsi *forcées et prolongées*, ces injections ont été dirigées dans des matrices détachées du cadavre et à l'état de repos, c'est-à-dire à l'état non puerpéral, mais appartenant à des femmes ayant eu des enfants. Le liquide a fini par pénétrer d'abord dans les vaisseaux de l'utérus, et quand ceux-ci ont été vidés peu à peu, et *très-lentement*, le liquide a parcouru les trompes et est arrivé jusqu'à leur extrémité péritonéale. Cette première série d'expériences prouve l'extrême difficulté de pénétrer dans les trompes, en injectant avec une très-grande force ; elle prouve la possibilité d'injecter les veines de l'utérus par ce procédé. Les difficultés de la pénétration du liquide dans les trompes sont telles, que, si l'on se contente de lier le col de l'utérus par le procédé ordinaire, le reflux a lieu, le liquide passe entre la canule et le col. Il faut, pour éviter ce reflux, parcourir, avec un fil, l'épaisseur du museau de tanche, à la faveur d'une aiguille courbe, afin d'embrasser une couche moins épaisse du col qui alors s'applique très-immédiatement sur la canule.

Je ne dois pas indiquer ici toutes les conséquences de cette première série d'expériences, et cela non-seulement au point de vue de la question thérapeutique que je traite actuellement, mais encore au point de vue des fonctions de l'utérus, de l'histoire de ses maladies et de la thérapeutique en général.

2° Pour la seconde série d'expériences, pour les *injections abondantes*, on introduisait dans le col de l'utérus une canule ayant les diamètres d'une sonde de femme ; on ne liait pas le col sur l'instrument, et l'on injectait *longtemps*. Eh bien ! le liquide refluait, il passait entre la canule et le col ; il arrivait aussi quelquefois, mais *lentement*, jusqu'aux trompes ; quelquefois encore il pénétrait dans les vaisseaux.

Cette série a fourni le plus de variations dans les résultats, ce que devaient faire prévoir l'anatomie de l'utérus, les modifications que lui impriment l'âge et les fonctions qu'il remplit. Ainsi, si l'on injecte une femme qui n'a pas eu d'enfants, on trouvera l'orifice du col utérin étroit ; la canule le remplira, et le liquide retournera plus difficilement dans le vagin que si la même opération est pratiquée sur une femme, mère de plusieurs enfants et ayant un col largement ouvert. Les diamètres des ouvertures de communication des trompes doivent aussi offrir des différences marquées qui font qu'il est des femmes plus ou moins *perméables*.

On devra donc varier le calibre des canules selon l'état du col, ne pas injecter une grande quantité de liquide, et l'on ne prolongera pas l'injection. Remarquez bien ces deux points : Le liquide ne pénètre dans les trompes (s'il y pénètre) que quand il est en grande quantité et quand on le pousse pendant longtemps. *Dans tous les cas, il lui faut un très-long temps pour parcourir les trompes.*

3° Pour la troisième série d'expériences, pour pratiquer les *injections modérées,* on a choisi une seringue à injections urétrales ; on n'a introduit dans la matrice que 20 grammes de liquide. Quand il n'a été poussé qu'avec la force nécessaire à une injection ordinaire dans le conduit auditif, le liquide n'est pas arrivé jusqu'aux trompes, il est toujours tombé dans le vagin en passant entre le col et la canule. Il ne faut pas être très-vitaliste pour comprendre que le passage du liquide dans des canaux comme les trompes utérines est encore plus impossible sur le vivant que sur le cadavre.

Maintenant, avec un peu de réflexion sur ces expériences et sur les faits prétendus malheureux dont il a été parlé, on arrivera à dire que si ces cas malheureux ont existé, c'est qu'on a fait des *injections abondantes* plus ou moins *forcées,* et que si l'on s'était borné à des injections modé-

rées, on n'eût rien observé de semblable. Avant moi, on se servait pour les injections *intra-utérines* d'un clysopompe ou de la seringue à hydrocèle. Eh bien, je prétends que même alors il n'y a pas eu accident, en prenant ce mot dans sa signification la plus exacte. Il m'a été dit que M. Récamier lavait à grande eau l'intérieur de la matrice sans sourciller le moins du monde ; et mon confrère, le docteur Cardeilhac, m'a assuré avoir fait passer et repasser dans la matrice d'une de ses malades des pintes d'un liquide chargé d'un principe sulfureux. Il a guéri ainsi un catarrhe utérin purulent qui avait résisté à plusieurs médications dirigées par des praticiens en réputation.

Les expériences nous apprennent qu'il est d'une difficulté extrême de pénétrer dans les trompes en injectant l'utérus d'un cadavre. En prenant les précautions voulues pour que le liquide ne pénètre pas, et cela sur le vivant, on aurait bien du malheur si l'on arrivait à un résultat contraire, et il serait vraiment singulier que la femme vivante fût plus perméable que la femme morte.

Voici la manière de procéder :

On applique d'abord le spéculum à deux valves, et l'on redresse le col, s'il est dévié : une canule d'argent ou de verre est introduite dans le col ; elle doit être d'un bon tiers moins grosse que la sonde d'une femme ordinaire. Il faut avoir des canules plus déliées pour les femmes qui n'ont point eu d'enfants, pour les cols vierges et étroits. On comprend l'importance de cette précaution que j'ai indiquée, dès qu'il m'a été possible de prendre la plume pour faire connaître mon procédé, précaution que j'ai mise en pratique, dès qu'il m'a été donné d'expérimenter sur le vivant. Je voulais ainsi faciliter le retour du liquide.

Une petite seringue de la contenance de 20 grammes de liquide est adaptée à la canule, et l'on pousse *brusquement* le liquide par un seul coup de piston. Dans les premiers temps, j'injectais de la décoction de feuilles de noyer, je poussais aussi un liquide contenant de l'iodure de potassium et de l'iode. J'en suis venu à me servir, le plus souvent, d'un décigramme d'azotate d'argent dans 100 grammes d'eau. On peut augmenter la dose d'azotate ; on n'injecte que 4 ou 5 grammes de solution par séance.

La quantité de liquide est si petite ; il est poussé si brusquement, et avec un instrument dont l'extrémité joue si bien dans le col de l'utérus, que l'on comprend toute l'impossibilité qu'il y a alors pour la moindre partie de ce liquide de parvenir jusqu'aux trompes. Ce qu'il faudrait craindre, c'est que l'injection ne parvînt pas jusqu'à l'utérus. Il est des cas où réellement on n'y arrive pas. Cela a lieu quand, avant l'injection

médicamenteuse, on ne procède pas à une douche, à une injection préparatoire, à un nettoyage quelconque du col, car celui-ci est, dans le plus grand nombre des cas, encombré par des mucosités qui arrêtent la marche du liquide destiné au corps de la matrice. Mais quand on a enlevé ce bouchon, cette mèche ; quand le col a été redressé, l'injection est facile et complète. On peut pratiquer une injection tous les matins ; rarement j'ai été obligé d'en faire plus de huit pour tout le traitement.

Dans tous les cas, l'injection ne devra être faite que quand on aura établi le diagnostic de l'affection contre laquelle on la dirige ; il faut reconnaître qu'il s'agit surtout d'un catarrhe utérin entretenu par une cause locale. Et comme l'utérus est un organe très-changeant, qu'il n'est pas, à l'approche des règles, un peu après les règles, comme pendant le repos complet, cet organe est surtout dans des conditions différentes après les couches, après un avortement ; on devra éloigner le plus possible de ces états les injections intra-utérines. La prudence veut aussi qu'on interroge les autres viscères de l'abdomen. Sans ces précautions préalables, on peut voir naître des phénomènes, des accidents même, qu'on attribue aux injections et qui ne sont dus, en réalité, qu'à leur application inopportune.

On devra éviter, avant tout, d'injecter après les couches, quand les veines sont encore largement béantes dans l'utérus. On a parlé dans les journaux d'une eau chlorurée qui a été poussée dans un utérus se trouvant dans les conditions que je viens d'indiquer. Des accidents n'ont pas tardé à apparaître.

A Lourcine, on voulut injecter une femme dont les antécédents ne furent pas soigneusement recueillis. Il y avait eu un avortement récent. Les accidents qui succédèrent à l'injection portèrent d'abord du côté du ventre ; ils ressemblèrent aux préludes d'une péritonite, mais ils prirent un caractère nerveux singulier. Les membres inférieurs restèrent froids ; on ne pouvait les réchauffer ; enfin survint une espèce de fièvre intermittente que je combattis par le sulfate de quinine. Cette femme resta endolorie plutôt que malade pendant près d'un mois, mais elle sortit de Lourcine guérie de son catarrhe utérin.

Je recommande encore d'interroger les autres viscères abdominaux. Il est certain que si, du côté de l'estomac, des intestins, il y a plus ou moins d'irritation, si les digestions sont au moins difficiles, si les selles sont fréquentes, si surtout le gros intestin souffre, nous devons nous abstenir des injections intra-utérines, ou ne les employer qu'après avoir combattu cette complication. Voici un exemple qui prouve la nécessité d'interroger le tube intestinal avant de procéder à l'injection.

Une femme de vingt ans dit avoir toujours eu des flueurs blanches ; l'examen au spéculum montre une rougeur du col ; une quantité considérable de mucus trouble sort de la matrice. On fait une injection au nitrate d'argent ; immédiatement après, la malade est prise de coliques et de frisson, elle a six selles dans la journée ; le soir il y a un mouvement fébrile. Cette femme, mieux interrogée sur ce qui a précédé l'injection, dit qu'elle avait eu déjà des coliques, qu'elle faisait difficilement ses digestions. Elle n'avait pas voulu accuser ces états dans la crainte d'être mise à la diète. Cette malade a été guérie comme les autres après quatre injections ; les trois dernières n'ont été suivies d'aucune colique. Il est évident que les coliques, la diarrhée, enfin les légers accidents qui ont été observés chez cette femme après l'injection, existaient avant, mais à un degré moins prononcé. Le tout a été exaspéré par cette petite opération, et le repos seul a suffi pour la guérison des accidents.

Voici un extrait d'une autre observation qui est un exemple de guérison et qui donne en même temps l'idée des modifications de la sensibilité qu'on observe quelquefois après les injections. On verra que cet état ne constitue pas un *accident,* mais un *phénomène* qui est à peine morbide. Une fille de vingt ans n'ayant point eu d'enfants, mais incommodée par des flueurs blanches très-anciennes, a une ulcération du col d'un aspect fongueux, large comme une pièce de 1 franc. Les douches sur le col et la cautérisation font disparaître l'ulcération. Reste un muco-pus qui coule par le museau de tanche. Après une injection détersive, on fait une injection au nitrate d'argent dans l'utérus, et dix jours après cette femme n'a plus aucune leucorrhée. Ici il y a eu douleurs abdominales immédiatement après l'injection ; ces douleurs étaient comparées par la malade à celles qui précèdent les règles. Vingt-quatre heures après l'injection, la femme n'éprouva plus aucune douleur, et cela sans avoir rien pris pour être calmée [1].

Les douleurs abdominales après l'injection sont loin d'être constantes. Le plus souvent les femmes qu'on injecte dans les hôpitaux semblent tout à fait étrangères à ce qui se passe ; il arrive que les malades accusent, au moment même de l'injection, un sentiment de brûlure qui part du bassin et monte vers l'ombilic ; il peut arriver aussi que la douleur ou la modification de la sensibilité éclate dans une région iliaque. Il est rare que la douleur instantanée, celle qui a lieu

[1] D'autres observations ont encore été recueillies par M. Caillaut, alors mon interne. Les sujets étaient des femmes qui furent évacuées sur l'hôpital du Midi pour faire place à Saint-Lazare aux insurgés blessés en juin 1848.

au moment même où le liquide pénètre dans l'utérus, soit de longue durée.

Au lieu d'éprouver une douleur instantanée, il est des femmes qui souffrent une ou plusieurs heures après l'injection, quelquefois plus tôt. Ces douleurs durent rarement vingt-quatre heures après l'injection ; elles cessent en général trois heures après leur début. Mais, je le répète, ces coliques sont exceptionnelles; on les observe à peine sur un dixième des femmes qui ont été soumises à ce moyen ; elles cessent par le repos seul, et ne sont nullement abrégées par la thérapeutique. Cependant, comme en général les femmes aiment qu'on s'occupe d'elles, on fera bien, pour agir sur leur moral, de formuler une potion calmante quelconque. Ce qui vaut encore mieux, ce sont des paroles rassurantes, des antécédents, des succès qui font naître la confiance et la fortifient au moment où la femme se croit en danger.

Si l'on constate une douleur abdominale qui persiste longtemps après l'injection, si l'on interroge bien la malade, on finit bientôt par savoir qu'il y avait, là où la douleur est accusée, une ancienne douleur, une ancienne lésion. J'avais injecté à Lourcine une femme qui se plaignit longtemps après d'une douleur dans une des régions iliaques. Je découvris, à force de questions et par des palpations répétées, qu'il existait chez cette femme une ancienne maladie d'un ovaire.

J'en ai dit assez pour caractériser les douleurs qui ont tant effrayé les médecins; elles ne sont pas produites par des irritations, des inflammations du péritoine, lequel aurait été mis en rapport avec un liquide irritant; ces douleurs sont le fait d'un spasme utérin, et il n'est pas toujours nécessaire, pour les provoquer, d'agir directement sur la surface interne de l'utérus, de pénétrer dans sa cavité. Des attouchements du col, des cautérisations, des douches sur cette partie, de simples injections vaginales avec les décoctions les plus émollientes, et telles que les font les femmes, c'est-à-dire dépassant à peine l'anneau vulvaire, de pareilles injections peuvent donner lieu à de violentes coliques. Encore un mot de réflexion à ce sujet sur un de mes critiques (et celui-ci était de très-bonne foi et connaissait les maladies de l'utérus). Ce cher confrère observe des accidents formidables à la suite d'une injection vaginale faite par la femme elle-même. Croyez-vous que cet observateur va imprimer que les injections vaginales peuvent avoir des dangers? Pas le moins du monde ; il rédige un très-bel article pour prouver par ce fait qu'il est dangereux de pratiquer des injections intra-utérines!

3° *Blennorrhagie urétrale.* — Elle doit être traitée chez la femme comme la blennorrhagie correspondante chez l'homme. Le copahu, le

cubèbe devront être administrés ici comme je l'ai déjà indiqué et d'après les formules déjà transcrites. Ainsi l'électuaire que je compose avec deux tiers cubèbe et un tiers copahu produit chez la femme des effets analogues à ceux qu'on obtient chez l'homme. Seulement il faudra ici modérer les doses, car les accidents du côté des voies digestives sont plus faciles à provoquer ; on observe plus souvent des tranchées, de la diarrhée.

Quant aux injections, ce sont, en général, les astringents que je conseille : c'est le sulfate de zinc et le sous-acétate de plomb dans de l'eau de rose, ou l'azotate d'argent, mais non à dose cautérisante. Si l'on désirait produire cet effet, il vaudrait beaucoup mieux se servir du sel à l'état solide, et ici le crayon ordinaire des trousses pourrait suffire.

En parlant des accidents de la blennorrhagie, j'ai fait mention de l'ovarite et de la péritonite locale. Quand on soupçonnera ces complications, on devra pratiquer des saignées locales, c'est-à-dire appliquer des sangsues sur les points douloureux, aux fosses iliaques, donner des bains qu'on prolongera, et faire des onctions mercurielles là où l'on aura appliqué les sangsues.

CHAPITRE IV.

BLENNORRHAGIE DES DEUX SEXES.

Ces blennorrhagies sont celles qu'on observe à l'anus, à la bouche. On dit avoir observé de pareils écoulements primitifs par le nez, par les oreilles, par l'*infundibulum* de l'ombilic ; ce serait alors la *blennorrhagie ombilicale*. Comme je ne possède aucune notion sur ces dernières blennorrhagies, je ne parlerai que de celle de l'anus et de celle de la bouche.

ARTICLE Ier.

Blennorhagie anale.

Cette blennorrhagie est très-peu fréquente relativement à celles que j'ai déjà fait connaître, et cependant les rapports antiphysiques ne sont pas rares. Les écoulements qu'on observe le plus fréquemment à l'anus sont consécutifs ; ils compliquent souvent des pustules muqueuses, ou ils proviennent d'un eczéma, des hémorrhoïdes. Chez les femmes

et les petites filles, le muco-pus qui s'écoule de la vulve vient quelquefois, pendant la position horizontale, baigner la marge de l'anus et déterminer là une espèce de blennorrhagie. Quand la blennorrhagie est liée à un coït suspect, il y a plus ou moins de déformation de l'anus, les plis sont effacés, la forme en entonnoir est plus ou moins manifeste. La muqueuse de l'anus est d'un rouge plus prononcé qu'à l'état normal, et il est rare qu'il n'y ait pas quelques excoriations comme dans la balanite. La peau environnante est plus ou moins échauffée, suintante. Il n'y a pas seulement douleur et chaleur à l'anus, mais dans le rectum où le malade sent un poids incommode. Il existe des difficultés dans la défécation et le passage des matières augmente la douleur ou la fait naître. L'écoulement peut être borné à l'anus, à une partie des fesses ou provenir aussi du rectum ; il est alors plus abondant et sort de temps en temps par flots, soit au moment où le malade va à la selle, et il s'y présente souvent, soit au moment où l'on procède à l'exploration ; c'est quelquefois pendant l'émission des urines. Par le toucher on constate une chaleur insolite, une turgescence manifeste. M. Reynaud parle du *speculum ani* qui aurait aidé à montrer une rougeur uniforme ou pointillée de la muqueuse rectale.

En tête du traitement il faut placer le repos, les soins de propreté ; les bains entiers, les bains de siége sont très-utiles. On fera bien d'interposer toujours entre les fesses un tampon de charpie et de commencer par les lotions émollientes, les demi-lavements à la mauve, les doux laxatifs. Quand l'état aigu sera passé, on en viendra aux lotions et aux injections avec le sous-acétate de plomb. On en fait ensuite avec la décoction de ratanhia. Si ces astringents ne suffisent pas, on badigeonne la marge de l'anus avec une forte solution d'azotate d'argent, et l'on fait même des injections avec 5 centigrammes et même 1 décigramme de ce sel dans 30 grammes d'eau. Il faut alors se servir d'une petite seringue de verre, comme celle des injections urétrales. On a généralement renoncé au cubèbe et au copahu administrés par la bouche, car non-seulement on n'obtient alors aucun effet antiblennorrhagique, mais ces moyens entretiennent à l'extrémité du rectum une irritation fâcheuse.

ARTICLE II.

Blennorhagie buccale.

Voici tout ce que j'ai pu savoir d'un peu précis sur cette blennorrhagie : C'est une note du livre de M. Baumès.

« Il y a peu de temps, dit le médecin de Lyon, un ouvrier vint me

consulter : il avait la moitié gauche de la lèvre inférieure engorgée, rouge, brûlante, douloureuse, et la muqueuse offrait plusieurs granulations blanchâtres avec un très-léger suintement, comme purulent. Cette muqueuse avait absolument l'aspect qu'offre quelquefois la muqueuse du col de l'utérus à la suite de la blennorrhagie chez la femme. Cet ouvrier, qui depuis plus d'un mois et demi faisait des remèdes pour se soulager, m'apprit que cette affection lui était venue six à huit jours après avoir baisé la vulve d'une femme qu'il avait su depuis lors être atteinte d'une blennorrhagie. Je n'ai pu obtenir jusqu'à présent, malgré tout le traitement adoucissant employé, qu'un très-léger amendement à cette inflammation spéciale évidemment déterminée par de la matière blennorrhagique (1). »

Je reviendrai sur les écoulements par la bouche, et je parlerai de ceux du nez en traitant de la syphilis infantile.

CHAPITRE V.

CHANCRE.

Le virus syphilitique placé dans de certains rapports avec l'organisme produit deux effets principaux : 1° une forme d'inflammation qu'on appelle *blennorrhagie* à cause de son produit ; 2° une forme d'ulcération qui est le *chancre*. J'ai déjà tracé l'histoire de la blennorrhagie. Je vais maintenant étudier le chancre. Cette étude est très-importante ; elle mérite toute l'attention du lecteur, surtout s'il sait déjà que quelques syphiliographes considèrent le chancre comme la seule porte d'entrée de la syphilis, comme la première, la condition *sine quâ non* de la vérole. Ainsi, si la logique poursuivait ce principe, elle lui ferait dire : *Point de vérole sans chancre ; qui n'a pas eu de chancre, ne peut avoir la vérole*. On verra cette proposition passer à l'état d'erreur en face des faits et de l'analogie la plus légitime.

Siége. — On rencontre *ordinairement* le chancre sur le reflet, le cul-de-sac du prépuce, sur son limbe, chez l'homme ; chez la femme c'est à la vulve, en dehors des caroncules myrtiformes, près de la fourchette. On peut l'observer, *par exception*, sur les lèvres, à l'anus, sur le mamelon, sur différents points de la peau, surtout de la peau voisine des parties génitales, sur celle qui est fine, qui a subi une espèce

[1] Baumès, t. I, p. 210.

de transformation muqueuse. M. Mac-Carthy, pendant son internat à l'hôpital du Midi, a fait le relevé des chancres à siége insolite. Il en a trouvé 1 à une narine, aux gencives, à la langue, 3 aux lèvres, 2 au menton, 4 à la main, 2 au scrotum, 15 à l'anus, 17 à l'urètre (bien entendu au méat), 3 à la cuisse (1).

Les chancres sont ordinairement à découvert et facilement observables. On pourrait alors les appeler *patents*, en opposition avec ceux qui naissent plus ou moins profondément dans des cavités, dans des canaux, et qu'on a appelés *latents*, *larvés*. Pour le dire en passant, on a un peu abusé du chancre larvé. Son existence quelquefois problématique, mystérieuse, dans tous les cas très-difficile à déceler, a singulièrement obscurci les théories sur la syphilis. Il est d'ailleurs des chancres cachés qu'on peut trouver, et des chancres cachés qu'on n'a jamais trouvés. Ce sont ceux-là dont on a surtout abusé.

La différence de siége, la différence de tissu, feront naître des différences de forme, d'aspect et d'autres particularités que j'aurai soin de signaler.

Les surfaces tégumentaires sur lesquelles le virus est appliqué peuvent se trouver dans deux principales conditions: elles offrent une solution de continuité, ulcération ou plaie ; ou bien elles sont intactes. Dans ce dernier cas, ou le virus est seulement appliqué sur la surface plus ou moins excitée, ou bien il est appliqué au moment où il s'opère une solution de continuité, comme déchirure pendant le coït, comme piqûre pour l'inoculation expérimentale. On comprend que quand il y a déjà solution de continuité, ou quand elle se produit au moment même de l'inoculation, certains phénomènes locaux doivent se manifester promptement. Ils peuvent ne pas se produire, ou n'apparaître que plus tard, quand les téguments n'ont éprouvé aucune solution de continuité.

Caractères du chancre. — Pour l'étude, il faut admettre trois états, trois périodes au chancre. Période pustuleuse, période ulcéreuse, période cicatricielle; c'est-à-dire pustule, chancre proprement dit, plaie suppurante.

Première période. — *Pustule.* — Comme toujours, et surtout ici, on devra distinguer l'inoculation expérimentale de l'inoculation physiologique qui est la vraie contagion. L'inoculation expérimentale donnera presque à coup sûr la pustule; vous pourrez l'étudier *de visu*. L'inoculation physiologique, au contraire, fournira bien rarement l'occasion d'observer la pustule, si on l'observe.

[1] *Thèse inaugurale*, p. 13 et suiv.

Voyons les premiers effets de l'inoculation expérimentale. Dès le premier jour de l'insertion d'une petite quantité de pus puisé à un chancre, apparaît un point rouge là où la lancette a piqué. Le second jour, c'est une petite élevure, puis une papule. Bientôt une humeur demi-trouble, puis tout à fait trouble, remplit une petite cavité; c'est une vésicule, c'est une pustule ou une bulle qui se forme du troisième au quatrième jour. Il y a d'abord une teinte rouge diffuse autour du point piqué; cette rougeur se circonscrit à mesure que la pustule se forme; elle trace une auréole donnant la mesure de l'étendue du décollement de la peau qui commence à s'opérer. Si la pustule n'est pas détruite, le sixième jour il se forme une croûte à son sommet, le reste se plisse, s'affaisse. Au-dessous de la première croûte on en voit une autre plus large, puis s'établissent d'autres couches croûteuses dont l'ensemble représente un cône tronqué surmonté par la première concrétion. Alors les tissus ambiants s'œdématient, ils se condensent. Si au lieu d'abandonner la pustule à elle-même on l'ouvre, dès le troisième jour on peut constater les caractères de l'ulcération spécifique, du chancre tel qu'il sera bientôt décrit. Voilà les résultats de l'inoculation expérimentale, *quand la lancette a pénétré un peu profondément.* Les effets ont commencé au premier coup de lancette, ils ne se sont pas interrompus. Notez bien qu'il y a ici deux choses : une piqûre, c'est-à-dire une lésion traumatique et l'insertion d'un virus, c'est-à-dire un empoisonnement. Ce double effet, je me contente de le noter ici, je l'interpréterai plus tard. Ainsi, la pustule expérimentale, vous pouvez l'observer, puisqu'il vous est permis de la faire naître sous vos yeux. Mais remarquez que ce qu'on a appelé la *pustule du chancre* n'a pas toujours les mêmes caractères; elle est avec ou sans dépression au centre ; son contenu est plus ou moins trouble ; enfin elle offre des caractères qui se rapprochent plus ou moins de l'ecthyma : ces caractères ne sont pas toujours identiques; c'est même quelquefois une bulle pemphigoïde, bulle dont les diamètres dépassent ceux de l'ulcération ; la forme furonculeuse peut se manifester aussi. Si ce n'est pas toujours la même forme d'éruption, il n'y a pas de *pustule caractéristique.* L'éruption d'ailleurs nesuit pas toujours exactement la marche que j'ai tracée.

S'il est le plus souvent facile d'observer la pustule après l'inoculation expérimentale *faite d'une certaine manière*, il est bien moins facile d'observer la pustule d'inoculation physiologique, de contagion. J'ai souvent fixé l'attention des élèves sur ce phénomène pendant les consultations gratuites de l'hôpital du Midi. Ils ont pu observer sur ce théâtre et dans mes salles, des années entières, sans pouvoir constater

cliniquement une pustule précédant le chancre. Bien plus, nous avons suivi, avec attention, des sujets portant sur le limbe du prépuce des chancres très-inoculables : à leur côté, de nouveaux chancres apparaissaient du jour au lendemain. Tous les matins ces sujets étaient attentivement observés, et jamais nous n'avons vu la pustule initiale du chancre ; dans tous les cas le début a été une ulcération. Cependant il ne faudrait pas admettre que toujours, absolument toujours, l'ulcération est le phénomène qu'on observe le premier, car l'abcès peut précéder le chancre. Ainsi le virus syphilitique peut être absorbé par une muqueuse et porté plus ou moins loin de la surface d'application et d'absorption ; là il déterminera un abcès dont l'ouverture s'opérera par une ulcération qui ne sera autre qu'un chancre. C'est ainsi que les choses se passent dans les cas de bubons syphilitiques d'emblée. Je sais que des praticiens disent avoir cautérisé des vésicules, des pustules au moment où elles naissaient autour du gland. Mais comme ces boutons n'étaient pas caractéristiques, et que, de l'aveu de ces praticiens, on peut confondre, avec la pustule chancreuse naissante, des vésicules d'acné, d'herpès, j'en conclus qu'on ne sait pas ce qu'on détruit par la cautérisation quand on la pratique dans les circonstances que je viens d'indiquer.

Pour conclure, je dirai que l'expérimentation peut très-bien produire l'éruption qui précède le chancre ; que la forme de cette éruption n'a rien de caractéristique, et que l'observation m'a toujours montré le chancre tout fait. Ainsi je ne dis pas que le chancre soit toujours d'emblée ; je ne nie pas absolument la pustule chancreuse, comme on l'a déjà fait ; je dis que je ne l'ai jamais observée, et ceux qui croient l'avoir constatée conviennent de la difficulté qu'il y a de la distinguer de certaines autres éruptions qu'on observe sur les parties génitales ; donc ils ont pu se tromper.

Deuxième période. — Période de progrès de virulence. — Chancre. — C'est le chancre proprement dit. L'ulcération est arrondie. (La figure 1 de la planche 2 représente un chancre folliculaire sur le gland dont la forme arrondie est presque géométrique ; la régularité du chancre qui est au sommet du gland est interrompue par le méat urinaire.) Le fond est inégal, comme parsemé de très-petites alvéoles et d'un gris jaunâtre plus ou moins prononcé. Les bords sont taillés tout à fait perpendiculairement à pic (voyez la même figure). Les bords sont plus ou moins dentés et décollés. Autour est un anneau d'un rouge violacé, dont la largeur est en rapport avec l'étendue du décollement. Ordinairement cette ulcération comprend toute l'épaisseur du tégument, et toujours les tissus qui sont immédiatement au-dessous sont plus ou moins indurés,

tuméfiés. Ainsi le fond de l'ulcération est plus ou moins dur, les bords aussi : ceux-ci, en se tuméfiant, se renversent un peu, ce qui fait que l'ulcération est alors infundibuliforme. Les tissus érodés ne sont pas à nu; ils sont recouverts par une couche pseudo-membraneuse dont la production et la reproduction s'opèrent avec la plus grande rapidité. Cette fausse membrane a été considérée comme la matrice, l'organe sécréteur du pus virulent.

Il y a des chancres de grandeur différente, depuis l'entamure à peine visible à l'œil nu, jusqu'à l'ulcération, ayant les diamètres d'une pièce d'un franc et au delà.

En général, les chancres sont peu nombreux ; il y en a deux ou trois; d'ailleurs, quand ils sont nombreux, et alors ce sont des chancres folliculaires, ils sont très-rapprochés dans la même région, sur le gland, sur le prépuce ou la vulve.

Voilà les caractères les plus communs de ce qu'on a appelé *chancre régulier,* celui qu'on observe le plus souvent. Mais l'ulcération n'est pas toujours assez profonde pour entamer toute l'épaisseur du tégument, et il arrive que les bords ne sont pas très-nettement taillés, accusés. On voit quelquefois le centre, les bords du chancre s'élever au point de faire une saillie fongueuse : c'est alors le chancre élevé (*ulcus elevatum*). La forme arrondie ne se reproduit pas toujours et dépend quelquefois des tissus sur lesquels naissent les chancres. Ainsi, dans les plis de l'anus, on observe la forme allongée, et le cercle est aussi plus ou moins déformé, quand ce sont des tissus de nature différente qui sont envahis : sur les limites du gland et du prépuce le chancre marche plus rapidement vers le prépuce où il trouve moins de résistance; il se déforme alors et il n'est plus circulaire. Quand deux chancres voisins se touchent, se confondent en une seule ulcération, celle-ci n'est pas ronde.

A son début, le chancre est quelquefois le siége d'un prurit, d'une démangeaison quelquefois assez vive. C'est souvent la seule modification de la sensibilité accusée par le malade. Quelquefois il y a véritable douleur, laquelle peut même devenir très-intense, empêcher le malade de dormir, et exiger des modifications dans le traitement : on observe ce phénomène si les chancres sont cachés dans un prépuce à orifice rétréci et dans certains cas de chancres phagédéniques. Mais le plus souvent la douleur est légère et elle ne se développe parfois qu'après une excitation, par le coït qui peut déceler alors un chancre dont l'existence était jusqu'alors ignorée.

Le chancre est baigné par un pus plus ou moins sanieux, quelquefois sanguinolent et mêlé à quelques détritus organiques. Cette humeur

est alcaline et contient des animalcules qui cependant ne sont pas particuliers au pus chancreux. Ce qui fait la spécialité de cette humeur, c'est le virus syphilitique considéré comme un produit de la fausse membrane doublant les tissus entamés par l'ulcération. Si le chancre est sur une muqueuse, s'il est soustrait au contact de l'air, le pus reste fluide. Mais sur la peau, et exposée à l'air, cette humeur se concrète et des croûtes recouvrent l'ulcération.

La marche du chancre est ordinairement lente ; il dure depuis un mois jusqu'à plusieurs années, et peut conserver, pendant ce long temps, la faculté de se reproduire. M. Ricord cite, dans ses *Leçons*, un chancre dont la durée *continue* aurait été de sept ans. Selon cet expérimentateur, le chancre ne guérit pas spontanément avant le premier septénaire.

Troisième période. — *Réparation.*— Le chancre qui va guérir, passe à l'état de plaie, c'est-à-dire que sa membrane virulente fait place à une membrane inodulaire, cicatricielle. Il y a longtemps que j'ai établi dans mon livre de chirurgie [1] que la différence de l'ulcère et de la plaie était dans la différence de la membrane qui sécrétait l'humeur baignant ces deux solutions de continuité. Lorsque la membrane cicatricielle apparaît, les bords qui étaient décollés, renversés, s'affaissent, se rapprochent du fond auquel ils adhèrent. Les inégalités du fond, les dentelures des bords disparaissent et sont remplacées par des bourgeons charnus comme ceux des plaies qui suppurent ; à l'anneau, d'un rouge violet qui entoure ordinairement le chancre, succède une auréole d'un gris perlé. La forme circulaire s'altère à mesure que la réparation marche, et la solution de continuité devient anguleuse sur plusieurs points de la circonférence, parce que les bords sont tirés en dedans et d'une manière inégale par la membrane inodulaire qui a remplacé cette couche lardacée déjà signalée quand il s'est agi du chancre en progrès. La cicatrice qui succède au chancre, comme la cicatrice de toute solution de continuité avec perte de substance, est ridée, déprimée ; quelquefois elle n'offre pas de dépression ; elle est, au contraire, soulevée, comme gaufrée. Sur les muqueuses ces traces finissent par disparaître complétement.

Une fois la réparation commencée, les progrès sont rapides, car il ne s'agit plus ici de la marche du chancre, mais de la marche d'une plaie. La réparation n'est pas complète tant qu'il reste un point de la solution de continuité à fond grisâtre. Ce point peut s'étendre, se développer, le chancre renaître de lui-même, ou, pour mieux dire, grandir et envahir la portion cicatrisée et même des téguments voisins qui n'avaient pas

[1] Voyez t. I, article *Ulcération.*

d'abord été envahis. Mais une fois que la cicatrice a recouvert toute la solution de continuité, la récidive n'est plus possible; il faut, pour qu'un nouveau chancre apparaisse, qu'il y ait une nouvelle inoculation. Ceci est tout à fait vrai et dans les opinions de M. Ricord. Il est bon de noter d'une manière toute spéciale ce point de l'histoire du chancre qu'on devra se rappeler quand on aura à juger les résultats des inoculations de l'accident secondaire.

Incubation. — Non-localisation. — Deux grandes questions surgissent ici; elles intéressent, au plus haut point, la doctrine et la pratique. La première est celle de savoir s'il y a *incubation*, si le virus syphilitique mis en rapport avec nos tissus, reste inerte ou à l'état de sommeil pendant un certain temps pour se réveiller ensuite et produire des effets extérieurs, apparents. J'admets l'incubation; je crois que le virus peut rester pendant quelque temps une cause sans effet, du moins sans effet observable. Hunter admet aussi l'incubation : il ajoute même que, pour le temps qui se passe entre l'application du virus et les manifestations extérieures, le chancre est plus tardif que la blennorrhagie. M. Ricord diffère ici de Hunter. Selon lui, le pus virulent, appliqué sur un point de nos tissus, a une action instantanée qui reste locale, trois, quatre, cinq et même six jours, puisque, si l'on détruit alors l'ulcération par le caustique, il n'y aurait pas d'infection générale possible. Cet expérimentateur invoque l'expérimentation et confond ses résultats, c'est-à-dire l'inoculation par la lancette, avec l'inoculation physiologique qui est la véritable contagion ; il voit depuis la piqûre de la lancette imprégnée, depuis la pustule qui lui succède jusqu'à la formation et la réparation du chancre, une suite non interrompue de phénomènes. Mais par l'inoculation, par la plaie qu'on pratique à la peau, on crée une nouvelle surface, une surface traumatique qui ne se trouve pas dans les mêmes conditions que la surface normale sur laquelle le pus est seulement déposé. La lancette provoque donc nécessairement des phénomènes traumatiques qui doivent se manifester immédiatement et après lesquels naissent les manifestations du virus, ce qui fait qu'il n'y a ordinairement aucune interruption dans les effets locaux. Ces effets ne sont pas identiques, ils sont de nature différente; l'un est une lésion physique, l'autre est une affection spécifique; quelquefois même on observe un temps d'arrêt qui sépare ces deux effets. Bien plus, à la suite de certaines inoculations très-superficielles, il peut se passer plusieurs jours sans qu'il se produise un phénomène quelconque. Voilà ce qu'apprend l'expérimentation, quand on sait varier les procédés.

Les partisans de l'incubation invoquent l'analogie et les faits les plus rigoureusement observés. Ainsi, la plupart des virus séjournent dans

l'économie pendant un certain temps, sans manifestation apparente extérieure ; ils sont alors à l'état d'incubation. Pourquoi le virus syphilitique n'en ferait-il pas autant ? Mais, ce qui vaut mieux que l'analogie, ce sont les faits. M. Baumès avait désigné une femme, dans une maison de tolérance, comme ayant des chancres. Malgré la défense de ce médecin, on permit à cette femme d'avoir des rapports avec un individu qui se lava immédiatement, qui fut visité, après, par ce même praticien, lequel suivit, avec soin, son malade : ce ne fut que le cinquième jour qu'il apparut un chancre sur la verge, chancre précédé par une espèce de petite plaque solide. Je possède un fait qui ressemble on ne peut plus à celui de M. Baumès. Un jeune homme vit une femme dans une maison de tolérance de Paris. Cette femme était connue par sa beauté. Il fit part à un ami de son aventure. Celui-ci, qui avait déjà gagné un chancre avec la même femme, le menaça de la même infortune. Le jeune homme vint alors chez moi, tout effrayé ; je le visitai pendant quatre jours sans rien constater, et ce ne fut qu'au cinquième jour que je vis naître un chancre. Parmi les sujets observés par M. Castelnau, et qui ont eu des chancres après incubation, la plupart étaient très-soigneux de leur personne, et il y a parmi eux un confrère qui s'occupe de l'étude des maladies vénériennes.

Maintenant, autre question :

Le chancre est-il une affection complétement locale, ou, pour mieux dire, le virus borne-t-il d'abord ses effets à la localité sur laquelle il a été appliqué ? Pendant combien de temps reste-t-il ainsi dans la localité? Quelles sont les limites de cette localité? Où s'arrêtent les rayons de la sphère d'activité virulente? On n'en sait rien, et l'expérimentation n'a donné que des à peu près pour réponse à ces questions : elle a parlé de quatre, de cinq, de six jours, et cela parce qu'après la cautérisation du chancre à ces périodes, après l'avoir détruit et transformé en plaie simple, la cicatrisation a eu lieu et l'ulcération ne s'est pas reproduite. D'abord il est des chancres de cet âge et des plus jeunes de cette catégorie qui, après avoir été cautérisés profondément, se sont néanmoins reproduits sur place ; on peut s'en convaincre en lisant le livre de M. Ricord. On verra en effet que cet expérimentateur n'a pas toujours pu détruire complétement les effets tout récents de l'inoculation. M. Melchior Robert, élève de M. Ricord, s'inocule le pus chancreux d'un chat le 21 août 1852 ; *le lendemain*, il cautérise avec la pâte de Vienne et sous l'escarre, naît un chancre phagédénique [1]. D'ailleurs, la disparition complète du chancre n'est qu'une partie de la preuve de la limitation

[1] *Union médicale*, 25 novembre 1852.

des effets du virus ; il faudrait, pour avoir la certitude qu'il n'a pas porté plus loin son action, qu'il n'a pas infecté l'économie, il faudrait attendre et suivre longtemps les malades, pour savoir si les accidents qu'on a appelés constitutionnels ne se sont pas produits. Or, cette contre-épreuve n'a pas été faite par nos adversaires. Les cliniciens y ont suppléé. En effet, des observations nombreuses prouvent que des chancres très-promptement et complétement cicatrisés ont été suivis plus tard d'accidents secondaires. Le livre de M. Reynaud, de Toulon, contient le fait d'un médecin qui a vu naître sur ses parties génitales deux pustules qu'il considérait comme devant produire le chancre, pustules cautérisées immédiatement par lui, ce qui n'empêcha pas le confrère d'avoir des accidents consécutifs ; et cependant, depuis cette cautérisation, il s'était abstenu de tout rapport sexuel [1]. Les expériences entreprises par M. Renaud, professeur à Alfort, viennent appuyer ce fait clinique : il a inoculé le virus de la morve ; la cautérisation de la piqûre a été pratiquée d'abord au bout de trois jours, puis après deux jours, enfin après douze heures. Eh bien ! dans aucun cas cette cautérisation n'a prévenu l'infection. D'un autre côté, M. Bousquet a cautérisé des pustules vaccinales dès leur apparition, ce qui n'a pas empêché le sujet d'être préservé de la variole et d'être réfractaire à la vaccine. M. Bousquet, après une discussion sur le temps nécessaire au vaccin pour agir sur l'économie, dit en propres termes : « Pour moi, convaincu que *l'infection* s'opère, s'accomplit pendant la période d'incubation, je crois fermement que la vaccine a acquis toute la plénitude de sa puissance peu d'heures après l'apparition des pustules » (p. 529). Le même auteur dit encore : « J'ai ouvert dans un double dessein les boutons peu de temps après leur naissance. Après les avoir ouverts, je les ai cautérisés profondément avec la pierre infernale, de manière à couper court au travail local. Cela fait, j'ai revacciné ces mêmes enfants, sur lesquels on pouvait croire que la vaccine était comme non avenue, et, quelques précautions que j'aie pu prendre, la deuxième opération a toujours échoué. » (Bousquet, p. 534.) M. Hennequin, l'un des médecins les plus estimés et les plus dignes de l'être, s'inquiète peu du nombre des pustules ; une seule suffit pour lui inspirer une entière sécurité, et il laisse à chacun la liberté de recueillir le vaccin. « Dès que le bouton paraît, dit-il, même avant qu'il paraisse, l'effet préservatif est produit. » (Bousquet, p. 540.) Ainsi, pour la vaccine, l'état général précède l'état local, ou, pour mieux dire, l'état local n'est qu'un effet de l'état général. Il en est de même des effets du virus syphilitique. Quand le chancre est formé, l'infection a déjà eu lieu.

[1] *Traité pratique des maladies vénériennes.*

Supposez la localisation du chancre, quelles seront ses limites? N'y aura-t-il que les tissus ulcérés, indurés, enfin les tissus anatomiquement lésés, qui seront imprégnés? ou bien le virus atteindra-t-il des tissus qui ne sont en rien modifiés, qui ont, au moins en apparence, leur structure normale? Aucune réponse positive sur ce point. Mais remarquez bien ceci : les chirurgiens qui ont souvent inoculé le chancre cautérisaient d'abord la pustule avec le nitrate d'argent, et aujourd'hui ils en sont venus à se servir d'un caustique plus énergique qui agit plus profondément, à la pâte de Vienne. Pourquoi cela? Parce que le premier caustique leur a fait défaut plus d'une fois. D'ailleurs l'opération de la circoncision avec chancre sur le limbe du prépuce a fourni plus d'une fois la preuve de l'infection possible des tissus en apparence complétement sains, et à une certaine distance du chancre. Ainsi j'ai quelquefois excisé près d'un pouce au-dessous des chancres du limbe du prépuce ; j'ai trouvé la peau, la muqueuse, le tissu cellulaire tout à fait sains, et cependant la plaie que j'avais produite n'a pas tardé à se transformer en un vaste chancre.

Pour résumer mon opinion sur l'incubation, sur la localisation des effets du virus syphilitique, je dirai que, croyant à l'absorption physiologique du virus syphilitique, c'est-à-dire à l'absorption sans ulcération préalable du point mis en rapport avec le virus, je devais être porté à admettre l'incubation, et les faits sont venus prouver, d'ailleurs, que cette incubation était réelle. Pour ce qui est de la localisation du chancre, je n'y crois pas. Je ne pense pas que le virus borne ses effets, pendant un certain temps, à la sphère étroite du chancre; je ne pense pas que le chancre tout récent qui sécrète déjà du virus pour fournir à l'inoculation, que ce chancre n'en fournisse pas en même temps pour l'absorption. Dans certaines conditions des surfaces, quand il y a excitation très-vive, excoriation, plaie, ou inoculation expérimentale, il s'opère très-promptement des phénomènes locaux qui se traduisent par une pustule ou autrement. Mais ces effets locaux n'empêchent pas l'effet général; ils vont ensemble. Le médecin qui est cité dans l'ouvrage de M. Reynaud, et qui a vu naître ces pustules, fut inoculé et infecté en même temps ; car la destruction de l'état local, des pustules, n'empêcha pas le développement des accidents constitutionnels. Dans certaines circonstances, au contraire, le virus est absorbé sans qu'il s'opère d'abord un effet local, et celui-ci se produit par contre-coup, c'est-à-dire après un temps d'incubation de la part du virus.

Variétés. — Jusqu'à présent, il n'a été question que du chancre qu'on a appelé *régulier*. J'ai représenté les caractères qui peuvent le faire reconnaître. J'ai cependant déjà indiqué des différences selon

le siége, selon la nature des tissus, différences qui pouvaient masquer l'ulcération, qui pouvaient altérer sa forme. Je vais maintenant faire connaître des différences, des déviations de l'ulcération primitive, qui sont assez *notables* pour être décrites à part.

C'est pendant la période de progrès que les déviations les plus remarquables de l'ulcération vénérienne se remarquent, et que les chancres peuvent différer assez pour autoriser certains syphiliographes à établir des variétés.

1° *Chancre phagédénique.* — Ce titre contient un pléonasme, car le mot *chancre* indique une affection rongeante, phagédénique. Cependant le chancre a ses limites conventionnelles, qui, une fois franchies, établissent la variété que je vais étudier. Le phagédénisme ne procède pas toujours de même, et ses caractères peuvent différer; c'est ce qui a fait établir des sous-variétés. Ainsi il est de ces chancres qui portent leur ravage presque également partout et autour d'un centre qui est leur point de départ. Quand leur réparation commence, elle se fait remarquer à peu près sur tous les points. Il est, au contraire, des chancres phagédéniques qui décrivent des cercles, des demi-cercles, qui festonnent une région, enfin qui ont une marche serpigineuse. On voit alors un point de l'ulcération se réparer pendant que sur un autre point elle se met à ronger.

Les deux premières sous-variétés que je vais décrire se rapportent plus particulièrement à la gangrène, la première à la gangrène ordinaire, l'autre à la gangrène dite pourriture d'hôpital.

a. La première sous-variété est appelée *chancre gangréneux.* Pour moi, l'ulcération n'étant qu'une forme de la gangrène, tous les chancres sont gangréneux. Mais, dans les chancres ordinaires, la gangrène est *moléculaire,* tandis que dans le chancre appelé gangréneux, il y a des portions notables de tissu qui sont plus ou moins considérables: ainsi des lambeaux du prépuce, une partie de la verge, c'est alors la *gangrène parcellaire.*

Les chancres qui se compliquent de gangrène s'observent plus souvent chez les sujets qui ont un phimosis naturel, ou qui, pouvant découvrir le gland, ont néanmoins un prépuce anormalement prolongé. Comme, en général, le gland résiste plus à la gangrène que le prépuce, c'est celui-ci qui est plus particulièrement atteint. Ordinairement, c'est vers le dos de la verge que s'opère une perforation plus ou moins large de cette enveloppe. Alors le gland passe quelquefois par cette espèce de fenêtre, le sommet du prépuce se porte en bas, et la verge revêt une forme bifide. Parfois il ne reste du prépuce qu'un petit lambeau en rapport avec le frein. Enfin, la gangrène peut opérer une circoncision

des plus complètes, enlever tout le prépuce. En général, le gland est plus ou moins entamé. J'ai observé, par exception, des gangrènes de la verge qui n'avaient attaqué que le gland; il n'était plus représenté, alors, que par un petit bourgeon supporté par la fin de l'urètre. Le prépuce avait été respecté. Il arrive aussi que la verge est complétement compromise : prépuce, gland, corps caverneux, urètre, tout est emporté par la gangrène, laquelle a pratiqué alors une espèce d'amputation. Au moment où j'écris ceci, il y a dans la salle n° 9 de mon hôpital un sujet dont la verge s'est détachée un peu au-dessus des bourses.

Les sujets, au nombre de six qui sont soumis à mon observation, pendant que j'écris ces lignes, sont d'une bonne constitution; ils ont fait des excès pendant un temps chaud. Un d'entre eux a été pris d'une forte fièvre et de délire avant l'établissement de la gangrène. Généralement il y a de vives douleurs pendant la formation de l'escarre, surtout si elle frappe le gland; l'élimination de cette escarre est rapide, et la plaie qui lui succède se cicatrise promptement. On a dit que l'inflammation excessive des tissus qui entouraient le chancre les faisait passer à l'état de gangrène, laquelle les emportait avec toute l'ulcération, ce qui mettait le sujet à l'abri de la vérole. Mais, avant la gangrène, le virus pouvait déjà être passé dans le sang, comme il arrive qu'avant la mortification produite par nos caustiques, le virus peut avoir pénétré dans l'économie.

b. La seconde sous-variété est appelée *chancre diphthéritique* ou *pultacé*. Ceux qui offrent le plus d'exemples de cette forme d'ulcération sont, en général, des sujets faibles, avancés en âge, ou bien des enfants placés dans des conditions hygiéniques défavorables, débilités par un mauvais régime, par un traitement dans lequel l'emploi du mercure a été abusif, mal dirigé.

Cette ulcération a la plus grande analogie avec la pourriture d'hôpital; c'est qu'en réalité le chancre est compliqué de cette pourriture. Le fond de l'ulcère est jaunâtre, avec des points plus foncés et qui saignent; il est tomenteux, chagriné, déchiqueté; il y a empâtement, épaississement des tissus qui sont autour et au fond de la perte de substance. La peau est d'un rouge vineux et décollée, car la destruction du tissu cellulaire précède celle du tégument. Ce tégument s'affaisse alors, se perfore, et finit par subir le sort du tissu cellulaire. La destruction la plus considérable, la plus rapide, porte principalement sur les points les plus déclives, là où la matière purulente, ou pour mieux dire sanieuse, s'accumule; celle-ci est chargée d'un détritus organique. J'ai vu un chancre pultacé du prépuce décoller toute la

peau de la verge jusqu'aux bourses. Si l'on tente d'absterger le fond d'un pareil ulcère, on le fait saigner et l'on n'emporte que des parcelles de la fausse membrane qui le tapisse. Cette espèce de couenne putride se reproduit immédiatement.

Le malade éprouve une sensation de chaleur, de picotement, de prurit âcre; il a comme la conscience d'une destruction qui s'opère chez lui. La douleur est très-marquée et tourmente horriblement le malade, quand un pareil chancre est continuellement en rapport avec une cause d'irritation. Ainsi, j'ai actuellement (août 1853) sous les yeux, un malheureux vieillard qui a un chancre phagédénique du prépuce, et une incontinence d'urine. Ce liquide, qui arrose sans cesse l'ulcération, renouvelle continuellement les douleurs.

Quand la gangrène est arrivée à mettre à nu, à disséquer les nerfs d'une région, alors éclatent des douleurs qui ont la violence des douleurs névralgiques. Il y a fièvre et fièvre de mauvais caractère; puis une consomption qui ruine la constitution. Le malade résiste quelquefois assez pour que cette ulcération dénude des régions entières, par exemple toute la région inguinale et une partie de la cuisse, quelquefois les deux fesses. Dernièrement, un sujet avancé en âge, un septuagénaire, fut amené dans un état désespéré à l'hôpital du Midi, où il succomba bientôt à la consomption produite par des chancres phagédéniques qui avaient détruit la plus grande partie de la verge, et transformé les deux régions inguinales en deux énormes cavernes.

Voici l'autopsie d'après les notes de M. Pellagot, mon ancien interne : je les transcris en entier, parce que les autopsies de ce genre sont rares, et parce qu'on trouvera ici une altération du canal thoracique qui n'a pas, je crois, été notée encore. On verra peut-être avec étonnement que les poumons ont été trouvés intacts, et cela avec un état tuberculeux très-évident de la portion la plus importante du système lymphatique.

« Il ne reste plus que quelques débris de la verge, point de départ du chancre. A la région inguinale gauche est une ulcération s'étendant jusqu'à l'aponévrose fémorale, ayant détruit le fascia superficiel et les ganglions sans être arrivée aux vaisseaux. A la place de la région inguinale droite est une vaste ulcération ou caverne gangréneuse, s'étendant depuis le ligament de Poupart qui la limite supérieurement, jusqu'à la réunion du tiers supérieur de la cuisse avec le tiers moyen. Tous les tissus ont été dévorés jusqu'aux vaisseaux qui sont mis à découvert. Le nerf crural est disséqué à son origine. Les tuniques de l'artère sont épaissies, mais non encore ulcérées. Le sang est converti en caillots assez étendus dans la veine crurale qui est le siége d'un peu d'inflammation. La saphène interne a été détruite à son embouchure.

Là sont des caillots adhérents, ce qui explique l'absence d'hémorrhagie pendant la vie.

« Rien dans l'estomac et les intestins, si ce n'est un peu de rougeur et des matières fécales dures.

« *Cœur*. Caillots fibrineux assez bien organisés, adhérents, intriqués dans les colonnes des deux ventricules. Les fibres musculaires du cœur sont un peu pâles et décolorées, mais non ramollies. Une plaque laiteuse sur la face péricardique.

« *Poumons*. Engorgement hypostatique léger du bord convexe des deux poumons, qui sont du reste parfaitement crépitants, et ne présentent ni foyer purulent, ni noyau d'induration.

« *Système lymphatique*. Les fosses iliaques droite et gauche sont le siége d'une altération particulière. Le tissu cellulaire de ces régions, surtout du côté droit, est induré, farci de ganglions lymphatiques volumineux et dont quelques-uns sont remplis de pus. Ces nombreux amas de ganglions entourent les artères iliaques internes et la fin de l'aorte; ils se continuent autour du canal thoracique, jusqu'à sa terminaison, le suivent jusqu'à la veine sous-clavière gauche. Le canal thoracique lui-même offre de loin en loin des nodosités assez considérables qui le font ressembler à un chapelet. Si l'on incise ces nodosités, on trouve dans la cavité du canal des dépôts lymphatiques simulant des ganglions. La plupart de ces dépôts, durs à la périphérie, sont ramollis au centre et suppurés de même que ceux des fosses iliaques. Rien du côté du système osseux. »

c. La troisième sous-variété est le *chancre serpigineux*. Au lieu de partir d'un point comme le précédent, pour s'étendre plus ou moins circulairement et pour empiéter davantage sur les tissus qui offrent le moins de résistance, sur les tissus les plus sécables, le chancre serpigineux trace des cercles, des portions de cercle plus ou moins régulières, comme certaines ulcérations consécutives, comme la syphilide serpigineuse. Ce que la cicatrisation lui fait perdre sur un point, le chancre le gagne sur un autre. On pourrait alors le comparer à une plante rampante. Quelquefois la cicatrice, la réparation s'opère au centre et l'ulcération, la destruction se fait remarquer à la circonférence; de sorte qu'au milieu est un disque inodulaire qui s'agrandit toujours, tandis que les bords se creusent, s'agrandissent toujours plus aussi.

Ici c'est surtout la diathèse tuberculeuse et le vice dartreux qui semblent influencer cette forme du chancre, ou, pour parler plus rigoureusement, c'est avec ces deux états pathologiques qu'on a vu le chancre serpigineux coïncider le plus fréquemment. Quelquefois l'état tuber-

culeux n'est pas constaté dans les antécédents du malade; il n'a été manifeste qu'à une période avancée du chancre serpigineux. J'ai observé cette particularité chez un malade de mon service, salle 11. Quelquefois le vice herpétique existait héréditairement. Chez un sujet il ne s'était révélé par aucune manifestation, il apparut pendant la marche du chancre et influença sa marche, sa forme, etc. Le vice scorbutique joue aussi un rôle dans cette singulière forme du phagédénisme. Du reste, le chancre serpigineux succède, quelquefois, au *pultacé*.

Dans ces trois sous-variétés, deux s'inoculent très-bien, le diphthéritique ou pultacé et le serpigineux; il n'en serait pas de même du chancre gangréneux. D'après M. Ricord, celui-ci, comme je l'ai déjà dit, ne donnerait pas lieu à des accidents consécutifs, rarement à des bubons, lesquels s'affaisseraient, disparaîtraient même quand ils auraient poussé avant la gangrène. Les accidents consécutifs des deux autres sous-variétés n'auraient pas la gravité de leur chancre correspondant; tout dépendrait encore ici de l'état du sujet, de la constitution, des maladies qu'il portait quand il a été infecté.

2° *Chancre induré.* — Le fait de l'induration du chancre, c'est-à-dire de cette espèce de dépôt de lymphe plastique sous l'ulcération et autour de l'ulcération qui donne une consistance particulière à l'atmosphère du chancre, ce fait serait constant, selon Babington; il précéderait même l'ulcération. Pour ce syphiliographe, tous les chancres seraient indurés. Ainsi formulée, cette proposition est admissible, et je suis disposé à l'accepter, à la soutenir. Je crois, en effet, que l'ulcération spécifique appelée *chancre*, est toujours plus ou moins indurée. Cette opinion, du reste, a régné de tout temps : à l'idée du chancre, on a toujours joint celle d'un degré plus ou moins considérable de dureté. Ainsi, Astruc, qui résume tous les syphiliographes qui l'ont précédé, définit le chancre : *un petit ulcère rond, calleux* [1].

Pour Hunter, l'induration c'est la règle. D'après Babington, la description de Hunter s'applique à 49 cas sur 50. Voici d'ailleurs le texte de Hunter : « Il survient un épaississement local qui, d'*abord* et tant qu'il existe, est de nature vraiment vénérienne, est très-circonscrit, ne se perd point d'une manière graduelle et insensible dans les parties environnantes, mais se termine brusquement » (p. 403, 2e édit., Hunter). C'est là l'induration classique, celle du chancre huntérien. Voici maintenant le texte de Babington : « Le résultat naturel de l'infection vénérienne est une induration passant à l'état d'ulcération » (*loc. cit.*, p. 409). Je dois ajouter que depuis l'induration si nettement accusée par Hunter,

[1] Astruc, t. III, p. 336.

depuis cette base, comme la moitié d'un pois sec, ainsi que le disait B. Bell, il y a des nuances qui, bien observées, établissent les rapports du chancre dit vulgaire, régulier, avec celui-ci.

Je ne dirai pas, avec Babington, que l'induration précède l'ulcération ; je ne répéterai pas, avec d'autres, que l'induration est consécutive, mais je crois que ces deux faits se produisent simultanément : en effet, en même temps que la nature procède à la diérèse, elle opère la synthèse, elle condense les tissus ou crée un tissu fibro-plastique au fond et autour de l'ulcération. Ce qui a pu tromper et faire admettre comme non indurés des chancres qui le sont réellement, c'est que quelquefois la base est seulement indurée et les bords s'affaissent facilement, ou bien les bords seuls sont indurés, tandis que la base n'offre pas une consistance marquée, ou bien encore l'inflammation qui entoure le chancre est assez intense pour masquer l'induration. Ainsi, *le chancre est toujours induré à un certain degré*. C'est ce que je professe. Ce qui me prouve qu'on vient à cette idée, c'est qu'on parle de chancre d'une *dureté douteuse* [1], de chancres *durs, endurcis*, diminutifs du chancre induré. Une autre preuve indirecte en ma faveur, c'est le soin que mes adversaires mettent maintenant à vous avertir que le chancre ordinaire peut être artificiellement induré par les applications d'acétate de plomb, de chromate de potasse, de sublimé, de nitrate d'argent, et ils ajoutent que l'état d'induration est dû à ces applications. Or, comme il est rare qu'un pansement irritant, astringent ou caustique n'ait pas été fait à un chancre quand on est consulté, on pourra toujours dire qu'il est artificiellement induré. Du reste, en acceptant comme constante une induration plus ou moins prononcée du chancre, on pourra singulièrement simplifier l'étude des rapports de cette ulcération avec les affections constitutionnelles.

Mais voici les caractères du *chancre induré*, d'après ceux qui, aujourd'hui, veulent absolument en faire un chancre à part. L'induration représente une demi-sphère, la moitié d'un pois sec, comme le dit B. Bell. L'ulcération est taillée sur la face plane. Cette induration, ce lit particulier de l'ulcération qui est constitué par un épanchement de lymphe plastique, a presque la consistance fibro-cartilagineuse (voy. planche II, fig. 3), et une certaine élasticité qui, une fois constatée, est connue pour toujours ; les tissus environnants ont leur couleur, leur consistance normale, ils semblent parfaitement étrangers, indifférents

[1] Voyez la thèse de M. Salleneuve, soutenue le 19 août 1852. L'observation V est intitulée : Chancre primitif *non induré*, et dans le corps de l'observation il est dit que le chancre est d'une dureté douteuse. Cette thèse est d'un interne très-distingué de M. Ricord, qui dit avoir été inspiré par son maître.

au phénomène important de l'induration chancreuse qui cesse brusquement et dont la limite est un bord saillant qui quelquefois se recoquille, comme on le voit, sous la couronne du gland. La figure déjà citée offre un modèle complet de ce chancre ; il est en voie de réparation ; il n'est pas tout à fait rond, mais on constate bien ce rebord comme cartilagineux à reflet blanchâtre. Déjà une roséole apparaissait à la base de la poitrine, c'est-à-dire que le sujet était en pleine vérole. Mais l'induration n'est pas toujours ainsi circonscrite ; elle est quelquefois diffuse : c'est ainsi qu'au lieu de représenter une petite masse plus ou moins semblable à la moitié d'un pois elle s'étend quelquefois en lames plus ou moins épaisses. C'est alors qu'on voit quelquefois la muqueuse du prépuce comme parcheminée et le prépuce formant une coque qui renferme le gland.

Le chancre induré sécrète peu d'humeur ; il n'est pas toujours circulaire, quelquefois il est saillant sur un bord et forme une crête.

Selon M. Ricord, le chancre ne deviendrait induré qu'au cinquième jour au plus tôt, ordinairement après le premier septénaire.

On observe plus souvent ce chancre chez l'homme que chez la femme.

Le chancre induré peut être avec complication inflammatoire, gangréneuse même. Quand il y a gangrène, elle est centrale : l'inflammation ayant envahi la portion indurée, elle est avec étranglement et, comme toutes les inflammations de cette nature, livrée à elle-même, celle-ci se termine par gangrène. On voit ainsi des portions du chancre induré devenir des escarres qui sont tôt ou tard éliminées. La figure 2 de la planche II représente un chancre induré qui s'est transformé en une forte escarre pendant de très-vives douleurs. On voit une portion du gland qui a été emportée et le corps caverneux mis à nu. D'ailleurs après la chute de l'escarre, la réparation a promptement commencé, et c'est alors que le dessin a été pris. Le malade était au n° 4 de la salle 11 de mon service à l'hôpital du Midi.

On a rattaché à l'histoire du chancre induré des questions de doctrine qu'on a peu élucidées. Tantôt on a dit : Le chancre induré seul produit la syphilis ou est le point de départ de la vérole ; tantôt c'est surtout ce chancre qui entraîne ses effets. J. L. Petit avait déjà écrit : « Le chancre, si bien qu'il soit traité, cause presque toujours la vérole surtout s'il *durcit*, s'il reste *quelque dureté* après la cicatrisation de l'ulcère [1]. Comme j'ai établi que le chancre était toujours plus ou moins induré, il n'y a pas à réfuter ici ces propositions. Mais ce serait alors le chancre fortement induré qui serait la source des accidents

[1] J. L. Petit, *Maladies des os*, t. II, p. 347.

consécutifs. A cela, je réponds que ces accidents consécutifs ont été observés à la suite de chancres médiocrement indurés et à la suite de la prompte cicatrisation de ceux qui sont considérés comme non indurés. D'ailleurs, les syphiliographes qui admettent le chancre induré comme variété à part, reconnaissent que l'induration ne s'établit ordinairement qu'après le premier septénaire. Or, pendant ce premier septénaire, l'infection a très-bien pu se faire, et elle n'attend pas en général ce terme. Selon moi, au lieu de poser la question ainsi : Le chancre induré produit-il, à lui seul, les accidents consécutifs, ou les produit-il plus souvent que les autres chancres ? je crois qu'on devrait plutôt dire : Quels sont les rapports du chancre induré avec la vérole ? Il est certain que l'état général a une influence sur la forme que prend le chancre, et que là où se trouve déjà une action qu'on pourrait appeler *syphilitique*, la réaction doit avoir plus de prise. Ainsi, quand le chancre persiste, quand, de médiocrement induré, il le devient beaucoup et au point de constituer une variété à part, je crois qu'alors le virus syphilitique est depuis longtemps parvenu dans l'économie. La cause de la vérole existe donc et l'économie est déjà infectée. Ce degré d'induration prouve seulement que la diathèse s'est établie, car le chancre induré est déjà un accident consécutif, une des expressions de la vérole confirmée ; cette induration est donc un effet et non une cause de la vérole et ce qui le prouve, c'est que des élèves de M. Ricord même considèrent le chancre induré comme un accident consécutif et le décrivent dans le chapitre relatif à cette forme de la syphilis. Ainsi le véritable, le seul accident syphilitique primitif selon M. Ricord serait un accident consécutif[1] ! L'effet de la diathèse peut se borner à cette forme d'ulcération, c'est-à-dire qu'on peut avoir un chancre induré sans autre manifestation de l'état général de la vérole.

Maintenant dois-je répondre à la question de savoir si l'on peut avoir dans sa vie plusieurs chancres indurés ? Faut-il dire si un chancre plus récemment arrivé que le chancre qui a été induré, si ce nouveau venu pourra s'indurer aussi ? Mais cette question n'en est plus une, puisque tous les chancres sont plus ou moins indurés ; ou bien, si l'on veut parler du chancre fortement induré, expression de la diathèse syphilitique, cette question se résout en une autre question qui est celle-ci : Peut-on avoir plusieurs fois la vérole ? L'expérimentation a déjà répondu par l'affirmative, et le fait de M. Boulley, qui sera cité quand je traiterai des pustules muqueuses, ne laisse aucun doute à cet égard. Je reviendrai sur cette question en traitant des *maladies vénériennes consécutives*.

1 Voyez la thèse de M. Helot, ancien élève interne de M. Ricord, et le livre de MM. Montanier et Maisonneuve.

D'ailleurs, je possède dans mes cartons plusieurs observations qui prouvent de la manière la plus irrécusable l'existence d'un double chancre fortement induré chez le même individu[1]. Mais je préfère rapporter ici un fait qui a été observé par MM. Follin et Puche. Ce dernier médecin a vu le premier chancre pendant qu'il me remplaçait en 1850, et M. Follin a vu le même individu pendant qu'il me remplaçait en 1853, et il portait un autre chancre fortement induré. C'est M. Follin qui a publié l'observation et les réflexions qu'on va lire.

Observation. — Deberg... (Adolphe), âgé de trente-quatre ans, forgeron, d'un tempérament lymphatique, est entré à l'hôpital du Midi (service de M. Vidal, salle 10, nº 7) le 14 octobre 1853.

Ce malade présente un vaste chancre induré, siégeant sur la portion dorsale de la face cutanée du prépuce. Ce chancre, qui est en voie de réparation, a été contracté il y a deux mois; il est large comme une pièce de un franc, et le fond est au niveau des bords; sa base donne au toucher la sensation d'une dureté élastique caractéristique qui s'étend à toute l'épaisseur du prépuce et forme au gland une espèce de demi-coque cartilagineuse; un phimosis incomplet est la conséquence naturelle de cette induration.

Les symptômes qui accompagnent l'ulcération spécifique sont une adénopathie inguinale très-marquée, une syphilide érythémateuse assez prononcée et n'occupant que le tronc, enfin un engorgement notable des ganglions cervicaux postérieurs. Ce malade n'ayant point porté son attention vers ces derniers symptômes, on ne peut préciser quel est le moment de leur début.

Abordons maintenant la partie la plus intéressante de l'histoire de ce malade; examinons ses antécédents :

En 1840 et 1844, Deberg... eut deux écoulements qui ne furent guéris qu'après plusieurs mois d'existence. En 1850, il entra à l'hôpital du Midi, salle 11, nº 5, pour y être soigné d'un chancre situé sur la muqueuse préputiale, dans un point qui correspond parfaitement à celui qu'occupe le chancre actuel. Seulement celui-ci est cutané, tandis que l'autre était muqueux quant au siége.

Le malade raconte que ce chancre, qui datait de quinze jours, était dur et accompagné de tumeurs non suppurées dans les aines. Cinq semaines s'écoulèrent avant qu'il ne fût complétement cicatrisé, et pendant sept semaines le malade prit des mercuriaux. A ces renseignements vagues, l'on pouvait soupçonner l'existence d'un chancre induré; mais M. Puche, qui recueille avec tant de soin les faits soumis à

[1] Je ne suis pas le seul praticien de l'hôpital du Midi dans ce cas.

son observation, traita ce malade, en l'absence de M. Vidal, et il a bien voulu nous communiquer la note qu'il avait prise sur Deberg... à cette époque. Cette note affirme l'existence d'un chancre induré, et le diagnostic précis de M. Puche vient ici confirmer pleinement l'opinion que faisaient naître les assertions du malade. Voici cette note textuelle :

Chancre induré.—Deberg... (Adolphe), âgé de trente ans, forgeron, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne constitution, est entré à l'hôpital du Midi, salle 11, nº 5, le 12 septembre 1850. Il était affecté : 1º D'un *chancre* térébrant *induré* de l'impasse du prépuce en haut, de seize jours (le dernier coït remontait à quarante-six jours) ; 2º d'un ganglion engorgé dans la région inguinale gauche, de quatre jours. Pas d'autres symptômes syphilitiques.

« *Première infection chancreuse.* — *Antécédents :* Deux uréthrites, la dernière, guérie depuis quatre ans. Le malade était un peu ivre lorsqu'il a contracté son chancre! Traitement nul.

« *Traitement à l'hôpital.* — Le 13 *septembre,* coton cardé entre le gland et le prépuce ; lotions de chlorure d'oxyde de sodium étendu de neuf parties d'eau ; cataplasmes émollients sur la verge qui est très-tuméfiée ; pilules de proto-iodure de mercure de 5 centigrammes : une matin et soir, pendant neuf jours (18 pilules). Le 24, suspendre l'usage des cataplasmes ; 3 pilules par jour, en trois doses, à intervalles égaux pendant quatre jours (12 pilules). Le 26, gingivite en bas ; suspendre l'usage des pilules ; gargarisme chlorhydrique, bouteille d'eau de Sedlitz. Le 30, reprise du traitement ; 2 pilules. 4 *octobre,* 3 pilules. Le 7, 4 pilules. Le 10, cautérisation du chancre. Le 14, nouvelle gingivite, mais peu intense ; suspendre l'usage des pilules ; gargarisme chlorhydrique, bouteille d'eau de Sedlitz. Le 17, pansement à plat du chancre, avec une bande de sparadrap de Vigo cum mercurio ; 2 pilules. Le 21, 3 pilules. Le 24, cicatrice indurée du chancre ; 4 pilules. Le 28, le malade quitte l'hôpital avec une cicatrice indurée ; pendant son traitement, aucun symptôme de syphilis constitutionnelle ne s'est montré. »

« La note qu'on vient de lire, dit M. Follin, révèle incontestablement l'existence d'un chancre induré à cicatrisation lente chez un malade qui sort de l'hôpital avec une cicatrice encore indurée.

« Si l'on rapproche ces premières données de l'état actuel du malade, il est impossible de ne point admettre que cet homme a contracté, à trois ans d'intervalle, deux chancres indurés. Dès lors, que devient la doctrine qui nie qu'on puisse avoir plusieurs fois dans sa vie la vérole constitutionnelle, autrement dit le chancre induré, « *qui seul détermine infailliblement l'infection syphilitique?* »

« Il reste démontré par le cas que nous publions, qu'on peut contracter plusieurs fois, à des intervalles de temps variables, des chancres indurés. L'évidence de ce fait est si grande qu'il nous paraît inutile d'insister longuement sur les objections qu'on pourrait lui adresser.

« Dira-t-on qu'il y a eu quelque erreur de diagnostic? Nous ne laisserions point passer cette façon d'expliquer les choses, et, à des assertions rétrospectives, nous opposerions l'autorité d'un homme qui a l'habitude de reconnaître des affections syphilitiques. A la vérité, l'on admet aujourd'hui des chancres durs, des chancres indurés, des chancres endurcis ; mais ces distinctions scolastiques ne se retrouvent plus au lit des malades : c'était donc là un véritable chancre induré, celui « qui détermine infailliblement l'infection syphilitique. »

« D'ailleurs, s'il faut, pour affirmer la nature indurée d'un chancre et sa destination si grave, qu'il soit entouré du cortége habituel des autres accidents syphilitiques, nous ne voyons plus quelle importance il y a à en rechercher tous les caractères, et pourquoi l'on en fait le pivot d'une théorie.

« Il est donc impossible de nier ici l'existence d'un chancre induré ; mais ce chancre devait créer une infection syphilitique rebelle à de nouveaux chancres indurés : là encore la théorie est en défaut. Ainsi, de quelque côté qu'on envisage la question, elle se montre rebelle aux doctrines, et l'on est forcé de reconnaître, à trois ans d'intervalle, chez le même individu, l'existence de chancres indurés. C'est sur ces dernières remarques que nous voulons quitter l'esprit du lecteur. Il importe aujourd'hui de rechercher avec soin, et sans idées préconçues, les antécédents syphilitiques des malades, car nous avons quelques raisons de penser que des faits analogues à celui-ci ne sont pas rares. »

(*Moniteur des hôpitaux*, 20 déc. 1853.)

Cet article suscita une petite polémique entre M. Ricord et M. Follin. M. Ricord commença par se fâcher. Il demanda si cette publication de M. Follin était bien dans un intérêt scientifique. Puis M. Ricord, qui aime tant à s'appuyer sur la *jeunesse*, demanda si M. Follin n'était pas un trop jeune observateur. M. Follin répondit que si, pendant le peu de temps qu'il avait observé, il avait déjà rencontré la répétition du chancre induré chez le même individu, cela prouvait qu'il n'était pas très-rare et qu'en vieillissant il en trouverait bien d'autres. Alors M. Ricord, voulant bien devenir calme, avoua que l'observation de M. Follin prouvait bien le double chancre induré. Mais c'était une exception. Voilà la seule réponse habile qu'on avait à faire. Il y en avait une bien plus habile et bien plus facile. Mais on ne songe pas à tout, on veut de suite répondre...

3o *Chancre élevé* (*ulcus elevatum*). — C'est le fond du chancre qui s'élève par une sorte de végétation sous forme de plateau rond ou ovale, comme fongueux, à une ligne plus ou moins de la surface du tégument. Ces chancres sont fréquents au limbe du prépuce ; ils fournissent un pus séreux ; ils sont ordinairement sans douleur, très-peu durs sur les bords et à la base. Par le fait de la réparation, ils s'affaissent graduellement. Après la cicatrisation, il reste encore quelque temps, au-dessus du niveau de la peau, une saillie aplatie, blanchâtre et qui ne disparaît que plus tard ; alors la cicatrice s'abaisse au niveau des parties environnantes. On a réellement donné trop d'importance à cette forme en la regardant comme constituant non-seulement une espèce de chancre tout à fait à part, mais comme donnant lieu à une vérole qu'il faudrait distinguer des autres. (Carmichaël.) On peut voir, planche II, fig. 1, trois chancres élevés sur le prépuce et deux chancres ordinaires sur le gland. Ces derniers ont été inoculés par le pus des premiers ; ils sont donc tous le résultat du même virus. Seulement, au prépuce, ils ont bourgeonné parce que le tissu cellulaire lâche de cette partie s'y est prêté, tandis qu'il n'en a pas été de même du gland. Le malade qui portait ces chancres était couché salle 10, nº 13 de l'hôpital du Midi.

Maintenant, si l'on réfléchit aux diverses formes des chancres que j'ai décrites sous le nom de *variétés*, on voit que ce qui les a surtout déterminées ce sont des complications. Ainsi, la première variété est un chancre compliqué de gangrène ; une autre forme, celle qu'on a appelée *diphthéritique*, est un chancre compliqué de pourriture d'hôpital, et les chancres *serpigineux, indurés* accusent la complication des diathèses tuberculeuses syphilitiques. Le *chancre élevé* est surtout sous l'influence de la localité ; il revêt, en effet, cette forme quand il naît là où le tissu cellulaire, très-large, se boursoufle, fait tumeur : ainsi, au prépuce. Je crois qu'en se plaçant à ce point de vue on serait plus utile à la pratique, dans les recherches qu'on pourrait tenter sur les causes des déviations de l'ulcération chancreuse.

Diagnostic. — Dans le plus grand nombre des cas, le diagnostic du chancre est facile à établir. Le praticien ayant l'habitude d'observer n'a souvent qu'à jeter un coup d'œil sur l'ulcération pour reconnaître sa nature syphilitique. J'ai déjà décrit avec assez de soin le chancre pour aider le jeune praticien dans l'établissement du diagnostic. Ulcère rond, bords taillés à pic et un peu décollés, fond grisâtre ou jaunâtre, parsemé de petites alvéoles, *induration*, anneau d'un rouge violacé, siége sur une partie qui joue un rôle dans les rapports luxurieux, soupçons sur la personne avec laquelle le malade a eu ces rapports : voilà, en résumé, les caractères, les circonstances dont la réunion constitue un véritable

diagnostic. Mais ces éléments n'existent pas toujours au complet et sont quelquefois modifiés et dénaturés. Ainsi, tout ce qui tient à la forme, à la couleur, tout peut être changé et le siége peut être complétement insolite. L'intérêt, une fausse pudeur, peuvent faire cacher, dissimuler l'antécédent vénérien. Pour M. Ricord, le caractère univoque est le pus sécrété par l'ulcération : si ce pus inoculé donne pour résultat un chancre, la nature syphilitique de l'ulcération est dévoilée, les autres éléments du diagnostic sont inutiles. Mais, comme il est des chancres dont le pus ne s'inocule pas toujours, l'inoculation ne peut être ici une pierre de touche. Or ces chancres sont précisément ceux qui offrent le plus d'obscurité, ceux, par conséquent, pour le diagnostic desquels l'inoculation serait si utile ! Ce sont en effet les chancres déformés, dénaturés par la réparation ou une complication, ceux qui sont profondément cachés, les chancres larvés pour la connaissance desquels l'inoculation serait si nécessaire ; ce sont précisément ces chancres qu'elle ne peut dévoiler. (Voyez ce que j'ai dit en parlant de la nature de la blennorrhagie.) Pour les autres chancres, pour ceux qui sont à ciel ouvert, à l'état de progrès, non modifiés par le travail de réparation, ceux enfin qui s'inoculent ; eh bien, pour ceux-là précisément, l'inoculation est inutile ; elle n'est plus que dangereuse. Ainsi, dans les cas obscurs, quand on a intérêt à savoir s'il y a ou non chancre, l'inoculation est insuffisante. Pour ce qui est du diagnostic différentiel entre le chancre, c'est-à-dire l'ulcération primitive et l'ulcération consécutive, il ne peut être établi par l'inoculation, puisque j'ai prouvé et les classiques reconnaissent déjà que ces deux formes d'ulcérations pouvaient être inoculables. On sera donc obligé, dans les cas obscurs, d'avoir égard surtout au diagnostic clinique, au diagnostic d'ensemble : il faudra recueillir scrupuleusement les antécédents, s'informer du début, de la marche de l'ulcération, noter avec soin tous les caractères de la lésion, avoir surtout le plus grand égard à celui qui est fourni par l'état des tissus sur lesquels repose l'ulcération. Quand il y a là une induration, pour peu que les autres circonstances se rapportent à l'ulcération syphilitique, on pourra presque la considérer comme telle ; car, selon moi, il n'y a pas d'ulcération syphilitique sans induration correspondante. Il est des cas où c'est le seul caractère qu'on puisse saisir. En effet, certains chancres de la fosse naviculaire, ou cachés dans un prépuce étroit, ne sont découverts que par la palpation qui fait reconnaître sur ces points un noyau induré. Il est vrai qu'il est des ulcérations de tout autre nature qui sont indurées ; mais elles ont alors d'autres caractères, une marche différente, et manquent des antécédents, des circonstances relatives aux affections vénériennes. Ainsi les ulcères cancéreux ont bien une base plus ou

moins indurée, mais ils se lient à des circonstances, il y a dans leur histoire des traits qui ne peuvent se rapporter au chancre. Quelquefois il faut convenir que, malgré l'observation la plus attentive des détails, malgré le plus grand art pour les grouper afin d'en former un ensemble qui représente le diagnostic, celui-ci reste encore obscur, et les doutes ne sont levés que par l'apparition de certains accidents consécutifs. Aussi le jeune praticien devra être très-réservé dans l'énoncé de son diagnostic, surtout devant la justice. On a bien fait de le prévenir que l'observation peut le tromper ; mais il faut de plus l'avertir des déceptions que l'expérimentation lui prépare. Il lui a été dit imprudemment qu'en justice l'inoculation représentait un réactif. Or, comme il est bien prouvé qu'il est des chancres bien réels que l'inoculation ne peut déceler, ce procédé de diagnostic n'aurait guère qu'une valeur positive. Que diriez-vous d'un réactif qui n'aurait qu'une valeur positive et dont la réponse négative serait considérée comme non avenue !

Il est certaines ulcérations qu'on observe dans la cavité buccale et qui pourraient être prises pour des ulcérations syphilitiques, et ici je confonds celles qui sont primitives avec celles qui sont consécutives, car, au point de vue pratique, la différence n'a pas une grande importance. Ce sont certains effets du mercure qui peuvent simuler les ulcérations vénériennes. Quand ce métal affecte la bouche, il produit des ulcérations dont le fond est blanchâtre, laiteux, et non grisâtre ou jaunâtre comme l'ulcération syphilitique ; elles offrent, rarement à la vérité, de petits vaisseaux déchirés. La circonférence des ulcérations mercurielles, au lieu d'être d'un rouge violacé comme l'ulcère syphilitique, cette circonférence est pâle comme tout l'intérieur de la bouche. On trouve les ulcérations mercurielles en dedans des joues, aux bords de la langue et surtout en arrière des dents molaires; elles sont nombreuses, et leurs bords ne sont ni durs ni coupés à pic. Les ulcérations syphilitiques peuvent avoir le même siége, mais on les observe plus souvent sur le palais, sur la langue, aux amygdales, au pharynx, à l'angle des lèvres; leurs bords sont taillés à pic; elles sont indurées et sont moins nombreuses; il y en a trois au plus. Ajoutez, pour l'ulcération mercurielle, une odeur spéciale, une salivation plus ou moins prononcée et le goût métallique qui est accusé par le malade.

Complications. — En parlant des variétés, j'ai avancé qu'elles n'étaient formées, en réalité, que par des complications. Il est deux autres complications ou accidents dont l'importance est telle qu'ils devront être décrits à part : ce sont le phimosis et le paraphimosis. Quant aux bubons, comme ils peuvent être observés sans chancres préa-

lables et comme accidents tout à fait primitifs, j'en traiterai dans un chapitre à part.

C'est ici la place d'un fait que je crois unique dans la science. On va voir un chancre du méat urinaire rétrécir assez cette ouverture pour donner lieu à une rétention d'urine; on constatera ensuite une perforation de la vessie qui a pu être considérée comme un chancre ou comme une rupture sur un point de la vessie où se trouvaient des altérations qui lui ont donné là une certaine fragilité. D'ailleurs, voici l'observation très-détaillée rédigée par M. Codet, mon interne. On trouvera en regard le dessin fait d'après la pièce pathologique. L'original a été réduit d'un cinquième par le graveur.

C..... (J.....), porteur d'eau, vingt-six ans, tempérament nervoso-sanguin, constitution athlétique. Entré le 18 mars 1852, salle 10, nº 12, du service de M. Vidal. C..... a joui dès l'enfance d'une excellente santé. Il se nourrit assez bien et boit beaucoup de vin.

Il a eu, il y a trois ans, un chancre dans la rainure du gland, près du frein. Traitement insignifiant, cicatrisation au bout de trois ou quatre mois. Pas de ganglions engorgés ni à l'aine ni au cou. La cicatrice du chancre est lisse et souple comme les parties qui l'environnent. Pas d'accidents consécutifs. C..... contracta, il y a dix-huit mois, une blennorrhagie; pendant son cours, point de rétention d'urine. Les douleurs étaient modérées pendant la miction, qui était suivie d'un léger écoulement de sang. Peu de douleur au périnée. Il eut bientôt une orchite du côté droit; elle guérit en quinze jours. La blennorrhagie dura trois mois.

Au commencement de février 1852, nouvelle blennorrhagie, qui apparut quinze jours après le coït suspect. L'écoulement était très-peu abondant; l'urine était rendue sans beaucoup de souffrance. C..... n'a pas remarqué s'il avait à cette époque des ganglions engorgés. Un officier de santé lui prescrivit une potion et des injections. Ce traitement fut très-irrégulièrement suivi; le malade l'abandonna même au bout de cinq ou six jours, et se remit à vivre comme d'habitude, buvant beaucoup et travaillant peut-être plus qu'à l'ordinaire. Il ne portait pas de suspensoir; l'écoulement était très-peu abondant; il souffrait à peine. Ceci dura jusqu'au 14 mars 1852.

Déjà le 13 (du même mois), le malade avait éprouvé quelques difficultés d'uriner; mais, le 14, il fut pris d'une céphalalgie intense, de douleurs violentes dans les flancs. L'urine était rendue difficilement, son émission suivie d'un peu de sang. Ténesme continuel; anorexie; bouche amère, soif vive.

Le 15, les envies d'uriner étaient plus impérieuses. Miction de plus

en plus difficile ; légères douleurs à la région épigastrique ; crachats striés de bile. Cet état s'aggrave les jours suivants, et le malade entre à l'hôpital le 18 mars 1852.

18. La marche est difficile. Il vient en voiture et on est obligé de le soutenir pour le faire monter dans la salle ; chaque mouvement, dit-il, augmente ses douleurs, qui sont à la région des flancs.

Depuis trois jours, il n'a rendu que quelques gouttes d'urine. Le teint est un peu décoloré ; la face exprime la souffrance. Les douleurs de tête et dans les flancs sont très-vives. L'abdomen est légèrement distendu ; on trouve de la matité jusqu'à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'ombilic, au-dessus est une résonnance tympanique. Le pouls est faible, fréquent ; la langue est légèrement visqueuse, la bouche amère, la soif vive. Le malade rend de temps en temps quelques gorgées de bile. La respiration est un peu accélérée.

Le prépuce, rouge, gonflé, ne permet de découvrir le méat qu'avec difficulté. Sur la partie du méat qui est contiguë au frein, on trouve un chancre ignoré du malade, porté sur une base un peu dure. La surface de l'ulcération est peu étendue ; elle se prolonge dans le canal de 2 ou 3 millimètres. Un peu de muco-pus est interposé entre les lèvres du méat ; en pressant sur l'urètre, on n'en augmente pas la quantité. Par le toucher rectal, on constate que la prostate est un peu développée. Les ganglions de l'aine sont légèrement engorgés (le malade ne saurait dire depuis quelle époque). Le gland est rouge comme le prépuce. Le *méat, très-étroit,* ne laisse pas passer une sonde en argent de calibre ordinaire ; une petite en caoutchouc, un peu plus grosse qu'une plume de corbeau, introduite sans mandrin, passe avec facilité. La douleur est peu vive. Un demi-litre d'urine est ainsi évacué. L'écoulement de l'urine s'arrête (les yeux de la sonde étaient obstrués). Une seconde sonde de même nature, introduite également sans mandrin, éprouve au méat quelques difficultés, puis passe facilement ; elle donne issue à un litre à peu près d'une urine bourbeuse, très-foncée, exhalant une odeur ammoniacale très-prononcée. L'urine est sortie par jets.

En retirant la sonde, on sent qu'elle est assez fortement pressée dans le canal. Après le cathétérisme, quelques gouttes de sang apparaissent à l'entrée du canal.

Quelques heures plus tard, je tente une nouvelle introduction de la sonde ; elle s'arrête au niveau du bulbe. Un large cataplasme laudanisé est appliqué au périnée (il n'y avait pas de bain à l'hôpital).

Le soir, le malade se sent mieux ; il a uriné seul. Le ventre n'a pas diminué ; l'état général est le même que ce matin. Cataplasmes laudanisés au périnée et sur l'abdomen.

Le 19, M. Vidal voit le malade à sa visite. L'état est le même qu'hier. Le toucher rectal lui fait reconnaître un développement de la prostate, développement peu considérable et portant sur les lobes latéraux, que l'on sent séparés par un petit sillon. Cet engorgement n'est pas douloureux à la pression. Il n'y a pas de douleur au périnée.

M. Vidal débride le méat d'un coup de bistouri. La sonde d'argent pénètre alors sans obstacle dans la vessie : 1 litre d'urine à peu près est évacué. Cataplasmes laudanisés; 2 pots de sérum; 20 sangsues au périnée.

Le soir, je sonde facilement le malade. La respiration est plus gênée que ce matin ; fatigue plus grande. L'urine a laissé déposer dans le vase un sédiment ayant l'aspect d'une poudre noirâtre.

20. La nuit a été très-agitée ; le malade a été tourmenté par la soif. La face est un peu plus altérée qu'hier, le ventre plus développé. Les autres symptômes n'ont pas augmenté d'intensité. Bain ; cataplasmes laudanisés.

Le soir, les lèvres de la plaie produite par le débridement ont pris l'aspect d'un chancre. L'état du malade s'est beaucoup aggravé : les yeux s'excavent, les pommettes sont saillantes, le sillon naso-labial est très-prononcé. Le pouls petit, intermittent, donne 110 à 120 pulsations. Pas de frissons. Le ventre, médiocrement distendu, est à peine douloureux. Le malade est tourmenté par des vomissements bilieux.

21. La nuit a été mauvaise; il y a eu du délire. Le pouls est très-faible, intermittent (130 pulsations). Vomissements presque continuels de bile pure ; soif vive; dyspnée croissante. Le ventre, ballonné, donne à la percussion une résonnance tympanique. Le malade s'agite continuellement dans son lit.

La sonde passe avec facilité ; elle évacue peu d'urine. Lorsqu'elle est entrée dans la vessie, elle semble fortement serrée par le col de cet organe, et ses mouvements sont très-limités. — Onctions sur l'abdomen avec 30 grammes d'onguent napolitain ; cataplasmes laudanisés.

Le soir, le malade est un peu mieux ; il a pu uriner sans le secours de la sonde.

22. — L'amélioration légère qui existait hier soir n'a point persisté. Délire violent pendant la nuit, respiration anxieuse, altération croissante des traits, pouls filiforme, très-fréquents vomissements bilieux. Ses poumons sont parfaitement sonores, excepté en arrière, le long des gouttières pulmonaires, où le son est un peu voilé, et l'on entend quelques bulles de râle muqueux. Les parois abdominales, toujours distendues, un peu douloureuses à la pression. Les douleurs dans les flancs sont très-vives. — Cathétérisme; bain; continuation des

onctions mercurielles ; tilleul, 2 pots (le sérum a occasionné hier un peu de diarrhée) ; cataplasmes laudanisés.

Le soir, le pouls est presque insaisissable. La face a une teinte jaune ; les traits sont fortement tendus ; les lèvres sèches, la langue visqueuse ; les flancs toujours très-douloureux, surtout à la pression. Un peu de délire. Les extrémités sont froides. La sonde donne issue à quelques cuillerées d'urine.

23. — Le malade a eu du délire toute la nuit. Carphologie continuelle. La sonde donne issue à une très-petite quantité d'urine. — 40 sangsues sur l'abdomen ; bain ; cataplasmes laudanisés.

Midi. — Le ventre s'est affaissé un peu. Les yeux sont convulsés, les lèvres violacées, les extrémités froides. On ne sent plus de pulsations à la radiale. Mort à quatre heures du soir.

Autopsie, quarante heures après la mort. Le temps est sec et un peu froid. Le cadavre ne présente pas de traces de putréfaction. Roideur cadavérique très-prononcée.

Les parois abdominales, incisées horizontalement au-dessous de l'ombilic, sont infiltrées d'un liquide rouge brun et notablement ramollies. Toutes les circonvolutions intestinales adhèrent par des fausses membranes gélatineuses. La vessie adhère également aux parois de l'abdomen ; elle remonte à un pouce au-dessus du pubis. Sa surface externe est fortement violacée.

Pour procéder à l'examen des parties qui devaient offrir le plus d'intérêt, on divise l'urètre dans toute sa longueur par sa paroi supérieure ; la symphyse du pubis est écartée. La prostate est divisée du côté du pubis, et la vessie ouverte par sa paroi antérieure. Elle contient peu d'urine. L'intérieur en est généralement rouge, surtout au trigone. A la partie latérale droite de la vessie est une ulcération de la largeur d'une pièce de 20 centimes ; cette ulcération entame toute l'épaisseur de l'organe ; au fond sont des fausses membranes perforées elles-mêmes en deux ou trois points, par lesquels la vessie communique avec l'abdomen. (Je répète que le dessin original a été réduit d'un cinquième.)

Les bords de cette perforation sont nettement coupés, arrondis, forment une espèce de bourrelet, entouré d'un cercle vasculaire très-développé ; sur ce bourrelet se voient de petites plaques blanches irrégulières, qui semblent être sous-muqueuses et un peu dures comme des végétations naissantes ; elles se trouvent disséminées sur toute la surface interne de la vessie, mais en moins grand nombre qu'autour de la perforation.

La prostate est un peu développée ; chaque lobe a le volume d'une petite noix. Son tissu est fortement injecté.

L'urètre est parfaitement sain. Au méat, on voit le chancre dont nous avons parlé. Testicules sains.

Les parties molles du petit bassin sont ramollies et légèrement infiltrées d'urine. Dans l'abdomen, on retrouve les traces d'une péritonite violente. Épanchement séro-purulent, fausses membranes en grande quantité ; elles recouvrent tous les organes ; on en retrouve beaucoup entre le diaphragme et le foie.

Les reins ne présentent rien de remarquable ; seulement, en pressant sur eux, on fait sortir par l'orifice de quelques calices un liquide lactescent ; du reste ils sont parfaitement sains.

L'estomac et les intestins, examinés à leur face interne, sont sains. Le foie est congestionné. La rate, très-friable, est réduite presque en bouillie. Le cœur est sain. Les poumons ne présentent aucune trace de tubercules ; ils sont seulement un peu engoués en arrière ; leur substance, prise en ce point et jetée dans l'eau, ne surnage pas. Le cerveau est un peu injecté. Les ganglions inguinaux et cervicaux sont rouges, médiocrement gonflés.

Réflexions. — Il y a eu ici une solution de continuité de la vessie qui a permis à l'urine de se répandre dans l'abdomen, accident qui a été mortel. La rétention d'urine ne peut guère être attribuée au gonflement de la prostate, lequel était très-peu considérable. L'obstacle existait au méat urinaire, là où était un chancre induré ; mais il n'était pas très-considérable, car une sonde en gomme élastique, à la vérité une sonde de petit calibre (un peu plus forte qu'une plume de corbeau), a pu être introduite dans la vessie. Ainsi l'obstacle n'était pas assez considérable pour devenir à lui seul la cause d'une rupture de la vessie. D'ailleurs, la solution de continuité n'offrait pas les caractères d'une lésion tout à fait physique.

1o La rupture aurait-elle été provoquée par la sonde, ou, pour mieux dire, cet instrument aurait-il perforé la vessie ? Mais, outre qu'il manquait les caractères d'une perforation par une cause tout à fait physique, il y a cette circonstance que le cathétérisme a d'abord été fait par un élève instruit et avec une petite sonde en gomme élastique et *sans mandrin*, très-flexible par conséquent. Après le débridement du méat, j'ai moi-même pratiqué le cathétérisme avec la sonde d'argent, et avec les plus grandes précautions. Je n'ai trouvé aucune résistance, je n'ai eu à faire aucun effort. Dans aucun cas la sonde n'est restée à demeure. Ainsi la rupture ou la perforation de la vessie, en tant que lésion physique, ne me paraît pas probable. Restent deux autres hypothèses.

2° Comme il y avait un chancre au méat, et un chancre très-inoculable, on peut supposer que la première petite sonde s'est chargée par les yeux d'une certaine quantité de pus virulent qui, porté dans la vessie, aura produit un chancre, d'où perforation de cet organe par cette ulcération. On objectera le peu de temps qui s'est passé entre cette inoculation et les désordres qui ont annoncé la mort prochaine de ce malade. Mais qui sait si le chancre dans la vessie n'a pas une marche beaucoup plus rapide qu'ailleurs? La place que je donne à cette observation prouve que j'incline vers l'opinion qui admet le chancre vésical. Cependant j'ai déjà appelé cette opinion une hypothèse, parce que je crois qu'il serait difficile, même après avoir vu la pièce comme je l'ai vue, de se prononcer d'une manière tout à fait catégorique.

3° Vient la troisième hypothèse. Dans l'observation, il a été noté de petites élevures consistantes comme des végétations qui viennent de naître. La figure ici annexée les montre très-bien ; il y en a sur plusieurs points de la vessie, au bas-fond et principalement autour de la perforation. Il est évident que, là où étaient ces produits analogues en quelque manière aux concrétions artérielles, là la vessie n'avait pas sa souplesse normale ; elle ne pouvait se dilater comme sur les autres points. Eh bien ! on peut supposer que l'urine, trouvant un obstacle à sa sortie, la vessie a été soumise à une dilatation qu'elle aurait pu supporter partout, si elle avait été saine partout ; mais que, malade, elle n'a pu subir une dilatation assez complète et qu'elle a cédé là où elle était le plus fragile, c'est-à-dire là où ces productions particulières étaient plus nombreuses. De sorte que, dans cette hypothèse, reste toujours un rôle au chancre du méat, mais un rôle physique ; il aurait seulement mis obstacle au cours de l'urine. Mais quelle a été la cause de ces produits durs répandus dans la vessie ? Le sujet ayant eu plusieurs blennorrhagies et portant le chancre du méat depuis plus de temps qu'il ne l'a dit, on peut considérer ces produits comme des verrues vénériennes.

Pronostic. — Le pronostic du chancre peut être considéré au double point de vue de l'empoisonnement général et des désordres locaux. Au premier point de vue, tous les chancres sont également graves, puisque tous se ressemblent à leur début. Les variétés ne s'établissent que quand déjà l'absorption du virus s'est opérée. Les effets de ce poison sur l'économie, l'établissement de la diathèse, ne dépendent donc nullement du caractère du chancre, mais de l'état de l'organisme, de la manière dont il sera impressionné, de la manière dont il réagira. Ici les circonstances hygiéniques, l'idiosyncrasie, un traitement plus ou moins bien dirigé, ont une grande influence sur la

production de la diathèse, de la vérole. Je ne répéterai pas ce que j'ai déjà dit des rapports du chancre induré avec la diathèse syphilitique, de son influence sur la production de la vérole. *Le chancre induré ne fait pas la vérole, il prouve seulement qu'elle est faite. L'induration est un effet et non une cause.* Quant au second point de vue, il est évident que les chancres phagédéniques sont les plus graves : sous la forme gangréneuse, diphthéritique, serpigineuse, ils peuvent causer de très-grands désordres. C'est ainsi qu'on a vu le chancre gangréneux supprimer la verge, le serpigineux disséquer la région fessière. Les désordres alors ne se bornent pas à la région ou aux régions envahies par cette terrible ulcération, car la constitution s'épuise par la douleur, par l'abondance, la durée de la suppuration, ce qui arrive plus souvent pour le chancre phagédénique serpigineux.

Traitement. — 1° *Méthode abortive.* Détruire le chancre par le caustique ou l'extirper par le fer, afin de le remplacer par une plaie simple dont la prompte cicatrisation mettrait fin à tout, c'est-à-dire supprimer le chancre, prévenir ainsi la vérole, voilà l'idéal thérapeutique de Hunter qu'on a voulu réaliser en France. Mais il faudrait pour cela : 1° que le virus qui a produit le chancre n'eût pas en même temps pénétré dans tout l'organisme ; 2° que dans le cas de localisation on pût connaître les limites de la localité affectée; 3° enfin, comme ceux qui admettent le chancre local avouent qu'il ne l'est que pendant un certain temps, il faudrait encore ici fixer les limites de ce temps. Or ces trois preuves n'ont pu être produites par les localisateurs et les preuves contraires sont sorties des faits bien observés. Il est arrivé en effet, que, par le caustique ou le fer, on a supprimé le chancre, mais on n'a pas, pour cela, prévenu la vérole ; quelquefois même on n'a rien supprimé, le chancre est revenu et la vérole l'a suivi. Ici le lecteur devra consulter de toute nécessité le paragraphe intitulé : *Incubation, non-localisation du chancre.* Là j'ai parlé de ce médecin qui vit poindre chez lui les chancres, qui les cautérisa, les cicatrisa, et qui n'en eut pas moins la vérole. Des faits de cette nature ne sont pas rares et l'analogie vient les confirmer encore. On sait que le premier effet du virus syphilitique a souvent été comparé à celui de la morsure, de la piqûre d'un animal venimeux. Les modernes comparent souvent le chancre naissant à la morsure de la vipère. Selon moi, cette comparaison est très-juste, on s'en convaincra par la lecture du fait suivant qu'on trouve dans presque tous les journaux de médecine : il est des plus authentiques ; il prouve que les effets local et général se produisent en même temps, et que la cautérisation est complétement impuissante pour détruire les

effets du poison. M. Duméril ici serait mort, si une vipère pouvait toujours tuer un homme.

« M. C. Duméril se promenait le 12 de ce mois dans la forêt de Sénart. Ayant aperçu une vipère dont la grosseur lui semblait appartenir à une espèce nouvelle dans nos climats, le savant professeur la prit résolûment avec la main, comptant la tuer en lui brisant l'épine dorsale; mais soit que l'animal fût trop vigoureux, soit qu'il n'eût pas été saisi à l'endroit convenable, il mordit profondément son adversaire. Cinq morsures successives à la main et au bras ne purent déterminer l'homme de la science à lâcher prise, et la vipère étouffée demeura en son pouvoir. M. Duméril était heureusement accompagné de son fils, docteur en médecine. Celui-ci se hâta de sucer les plaies et de les cautériser avec de la pierre infernale. Malgré ces précautions et ces soins immédiats, le venin avait fait son effet. M. Duméril, après deux évanouissements prolongés, fut pris de vomissements. C'est dans cet état qu'il fut amené chez lui, où il resta vingt-quatre heures sous le coup du poison. Au bout de ce temps, les symptômes alarmants disparurent et le savant professeur reprenait son cours au jardin des Plantes [1].

Ainsi, malgré les précautions et les soins immédiats, le venin avait pénétré sur le coup dans l'économie et produit des effets généraux. On peut voir ce que j'ai déjà dit des expériences de M. Renaud, pour prouver la rapide action du virus morveux, et ce que M. Bousquet a constaté quant à la même propriété du virus-vaccin. Eh bien, il en est de même du virus vénérien.

D'ailleurs, voici les procédés de la méthode dite *abortive* et les autres moyens du traitement local. Je ferai connaître ensuite le traitement que je crois le plus efficace pour diriger la cicatrisation du chancre et prévenir la diathèse syphilitique. M. Ratier, partisan de la cautérisation et croyant à la pustule qui précède le chancre, appelle son traitement *méthode ectrotique*. Selon ce médecin, la pustule a le volume d'un grain de millet, elle est remplie d'une sérosité plus ou moins transparente ; elle reste peu de temps entière; elle apparaît du troisième au huitième jour. Il faut exciser le sommet de la pustule avec des ciseaux courbes sur le plat, essuyer exactement le liquide qu'elle contient, et laver avec une eau contenant un sixième de chlorure de sodium. Quand on opère ainsi, et dans ces circonstances, le résultat est certain ; il est moins certain quand la pustule *vient d'être rompue et qu'on en trouve encore les débris.*

Je ferai remarquer qu'une pustule comme un grain de millet

[1] *Gazette médicale*, 20 septembre 1851.

qu'on excise à *son sommet* avec des ciseaux courbes sur le plat, me paraît une chose bien difficile à trouver, pour mes yeux, du moins. Et les débris [1] !

Il fut un temps où M. Ricord se contentait de la cautérisation avec le nitrate d'argent taillé en crayon. Il a recours aujourd'hui à l'acide nitrique monohydraté et à la pâte de Vienne, ainsi formulée :

Chaux vive........................	5 parties.
Potasse à l'alcool..................	6 parties.

Mêlez et délayez dans de l'alcool pour en faire une pâte.

Pour le dire en passant, la nécessité d'abandonner le nitrate d'argent pour des caustiques de la puissance des derniers, implique quelques insuccès et une action déjà profonde du virus, dans les premiers jours du chancre, c'est-à-dire à l'époque où l'on croyait la méthode abortive possible, rationnelle, infaillible !

On peut juger l'excision par ce qui arrive à la suite de la circoncision, pendant l'existence de chancres au limbe du prépuce. Les résultats varient beaucoup. J'ai quelquefois excisé très-peu au-dessous de chancres qui ne me paraissaient pas encore entièrement réparés, et la cicatrisation de la plaie s'est opérée par première intention, au moyen de quelques points de suture. D'autres fois, comme je l'ai déjà dit, j'ai excisé près d'un pouce au-dessous de la cicatrice tout à fait achevée d'un chancre ; la plaie a été taillée sur des tissus complétement sains (en apparence) ; et cependant, deux jours après, cette plaie a été transformée en un large chancre phagédénique. Il m'est arrivé même d'inciser sur des prépuces indurés et qui ressemblaient à une coque renfermant le gland, et néanmoins la plaie a marché vers une prompte cicatrisation. D'autres fois, dans des circonstances analogues, elle a pris un mauvais aspect, un caractère serpigineux désespérant. Il y a donc ici plusieurs inconnus. Celui que je rappelle encore c'est celui qui porte sur les limites la sphère de spécificité du chancre ; cet inconnu rend l'excision une pratique irrationnelle comme la cautérisation, car elles sont basées sur une idée fausse des rapports du chancre avec l'organisme, puisqu'elles supposent la localisation de l'ulcère.

Ainsi, la méthode abortive ne supprime pas toujours le chancre et ne prévient pas la vérole ; elle n'a donc pas le pouvoir qu'on lui suppose. Mais a-t-elle le danger que lui attribuent les partisans de la théorie du *loup dans la bergerie ?* En supprimant, en fermant le chancre, ferme-t-on un exutoire qui laisserait le virus s'échapper au dehors et l'empêcherait

[1] Voyez d'ailleurs Ratier, *Méthode ectrotique, Archives de médecine.*

ainsi d'exercer son action délétère à l'intérieur? Je crois qu'ici on est allé trop loin dans l'accusation. Selon moi, l'infection a lieu pendant que le chancre se forme; l'action locale et l'action générale sont simultanées. Le danger n'est donc pas là où il a été signalé. Le danger de la cautérisation, quand elle réussit, quand elle détruit le chancre, le danger consiste à laisser dans une fausse sécurité un malade et quelquefois le médecin inexpérimenté, à éloigner le traitement général, le traitement spécifique préventif de la vérole, ce qui fait qu'elle a plus de chances, alors, pour s'établir et pour être grave. Outre les autres dangers que M. Chomel reconnaît à la cautérisation, il insiste sur celui que je viens de mentionner. Dupuytren était un ennemi déclaré de la cautérisation; il l'appelait *la plus fatale des méthodes*[1].

Ainsi il est inutile de chercher à détruire les chancres, il faut apprendre à les traiter.

2° *Pansement.* — M. Ricord fait encore jouer ici un rôle à la cautérisation. Si, par elle, on ne peut détruire le chancre, on peut toujours, selon lui, diminuer son étendue, réduire la surface d'absorption, et par conséquent les chances d'infection. (Ceci, pour le dire en passant, serait une condamnation des praticiens qui pratiquent l'inoculation du chancre du malade au malade; car en multipliant les chancres, c'est-à-dire les surfaces d'absorption, ils multiplient les chances de vérole.) Selon le même expérimentateur, on cautérisera avec le nitrate d'argent ou l'acide nitrique aussi souvent que l'ulcération apparaîtra à la chute de l'escharre ; dès que la solution de continuité revêtira les caractères de la plaie, que la réparation aura lieu, on devra s'abstenir de cautériser. (Il y a ici une difficulté, c'est celle de distinguer la véritable ulcération de la plaie, c'est-à-dire de l'ulcération qui se répare.) La charpie est employée dans le but de porter et de maintenir les médicaments sur le chancre et pour absorber le pus qu'il sécrète. On a aussi employé le coton. Selon moi, la charpie vaut mieux.

Pour le pansement proprement dit, M. Ricord s'abstient en général de pommades, surtout de pommades mercurielles. Il fait un fréquent usage du vin aromatique, formule du Codex. M. Baumès, qui s'en sert aussi, préfère cependant le vin avec le sucre candi :

Sucre candi....................	4 grammes.
Vin	30 grammes.

Voici le mode de pansement de M. Ricord :

L'ulcération est lavée avec le vin, sans cependant la fatiguer ou la

[1] *Leçons orales*, t. Ier, p. 108.

faire saigner; elle est ensuite recouverte d'un peu de charpie fine imbibée du même vin et assez pour rester humide sans couler; car lorsqu'elle est trop mouillée, l'espèce de macération qui en résulte en retarde les bons effets. A chaque pansement, pour détacher la charpie, on l'imprégnera de vin, afin de ne pas déchirer les parties auxquelles en se séchant un peu elle pourrait adhérer. Selon M. Ricord, à la suite de ce traitement, il n'arrive *jamais de chancres successifs, comme cela a si souvent lieu avec les autres pansements.* Le vin aromatique diminue la sécrétion purulente, tend à amener la cicatrisation en modifiant la surface de l'ulcère virulent, et, en agissant sur les parties voisines comme astringent énergique, il les met dans l'impossibilité de s'inoculer. Quand la sécrétion continue à être abondante, il faut avoir recours à la décoction vineuse de tan. M. Ricord préfère aujourd'hui la solution suivante :

Tartrate de fer potassique......	10 grammes.
Eau..........................	100 grammes.

S'il y a douleur, souvent le vin aromatique l'augmente; en le faisant additionner de 40 ou 50 centigrammes d'extrait gommeux d'opium pour 30 grammes, il redevient encore un topique avantageux. Parmi les sujets qui continuent à souffrir, il en est qui voient disparaître les douleurs par l'augmentation de la dose d'opium, tandis que chez les autres il faut la diminuer.

Il est des cas où il faut suspendre momentanément le vin médicamenteux ou la solution ferrugineuse, et même y renoncer complétement. C'est ainsi que, chez quelques malades, la suppuration venant à se tarir, l'ulcère reste stationnaire; alors on doit employer pendant quelques jours un pansement avec une décoction émolliente ou du cérat opiacé, pour reprendre ensuite le vin ou la solution ferrugineuse. Chez d'autres, l'ulcère étant accompagné d'induration, ces pansements accroissent cette dernière, et la cicatrisation ne peut avoir lieu. A part ces circonstances, les moyens déjà indiqués doivent constituer la méthode générale de pansement.

Une fois la période de réparation arrivée, tant qu'elle marche avec régularité, on continuera les pansements. On ne reprend la cautérisation que lorsqu'il devient nécessaire de réprimer des bourgeons charnus exubérants. Enfin, il arrive souvent qu'il ne manque en quelque sorte que l'épiderme pour compléter la guérison : la surface de l'ulcère arrivée au niveau des parties voisines, reste rouge et n'est presque plus couverte de sécrétion, et cependant l'ulcère ne guérit pas. Alors l'application superficielle du nitrate d'argent, de manière à blanchir la

surface sans cautériser en profondeur, suffit pour terminer la cure.

Selon M. Reynaud, les caustiques énergiques augmentent les chances d'adénite ; il accuse surtout ici le nitrate d'argent. Le chirurgien de la marine préfère les solutions mercurielles ; il met depuis 50 centigrammes jusqu'à 1 gramme de perchlorure de mercure dans 30 grammes d'eau distillée. On imbibe de petits pinceaux de charpie avec lesquels on touche les chancres, et cela pendant quatre ou cinq jours. On s'arrête si la solution de continuité prend un aspect vermeil. Dans le doute, on continue ces attouchements. Pour tous les cas, il faut éviter de trop irriter le chancre.

M. Ricord se borne au traitement local quand il s'agit du chancre régulier, *et lorsqu'il ne laisse après lui aucune induration au point qui a été affecté*. J'ai souligné ce passage qui fait supposer que M. Ricord admet l'induration du chancre régulier, c'est-à-dire de celui qui, selon lui, n'est pas induré ! Quant à moi, j'admets toujours plus ou moins d'induration. Je dirai plus tard que je ne me borne jamais au traitement local. M. Ricord ne perd jamais de vue l'induration pendant le traitement. En effet, en s'étendant elle s'oppose à la cicatrisation et peut, par son exagération, donner lieu à une gangrène qui est produite par une espèce d'étranglement des tissus trop indurés : de là souvent le phagédénisme. Dans les cas ordinaires, qui sont les plus simples, on pansera le chancre induré avec :

Poudre de calomel préparée à la vapeur. ..	1 gramme.
Pommade de concombre ou cérat opiacé....	30 grammes.

On étend cette pommade sur de la charpie qu'on renouvelle deux ou trois fois par jour. Dans les cas de suppuration abondante, on lotionne d'abord le chancre avec du vin aromatique qui pourra être employé seul si cette suppuration est trop abondante.

Si le malade est irritable, s'il y a complication inflammatoire, et surtout dans les cas de progrès de la gangrène dont j'ai parlé, il faut avoir recours aux opiacés et à l'intérieur et comme pansement. J'administre alors matin et soir les pilules camphrées et opiacées dont j'ai donné la formule, en indiquant les moyens de calmer les érections pendant la blennorrhagie. Comme pansement, c'est la solution concentrée d'opium qui convient le mieux. Mais on ne négligera pas les antiphlogistiques. Ainsi je fais souvent saigner le malade quand il est robuste et jeune ; je conseille les bains et je fais appliquer des cataplasmes laudanisés, si la localité peut le permettre.

3° *Méthode de l'auteur*. — Je n'accorde qu'une importance secondaire aux moyens locaux. Je ne pratique ordinairement la cautérisation

que quand déjà la réparation est commencée, et si le chancre passe à l'état de plaie. Alors, cette plaie bourgeonne, je réprime les parties exubérantes avec le nitrate d'argent un peu fortement appliqué ; si la surface traumatique offre un aspect languissant, je la ranime par de légères applications du même caustique qui, dans ce cas, ne fait qu'effleurer la solution de continuité. Pour les pansements proprement dits, je mêle quelquefois le vin aromatique à un tiers d'eau. Je crois que souvent il est préférable de substituer aux lotions fortement astringentes, irritantes, les lotions émollientes. J'ai vu des pansements trop irritants provoquer la complication inflammatoire. On se rappellera ici que les partisans de la doctrine de Broussais faisaient un grand usage des antiphlogistiques et qu'ils obtenaient d'assez nombreux succès. (Il est bien entendu que je ne parle ici que de la guérison du chancre et non de la vérole.) Je tiens surtout au traitement général, et voici celui auquel j'accorde le plus de confiance :

1° Bain entier. Deux jours de repos ;

2° Si le sujet est jeune et robuste, saignée du bras;

3° Le lendemain, un purgatif salin; eau de Sedlitz ou citrate de magnésie. Pour peu que le sujet soit débile, lymphatique, je commence par le purgatif ;

4° Pilules de perchlorure de mercure d'après la formule suivante, qui est à peu près celle de Dupuytren :

Perchlorure de mercure	25 centigr.
Extrait thébaïque.........	25 centigr.
Conserves de roses	q. s.

Faites s. a. 25 pilules. A prendre une le matin et une le soir.

Ce traitement, entrepris dans les premiers temps du chancre, et continué pendant deux mois, hâte sa cicatrisation, empêche le développement des accidents consécutifs ou, s'il ne les prévient pas, les atténue singulièrement. Il est de toute nécessité qu'il soit continué pendant tout le temps prescrit, sans interruption aucune. Si, par négligence du malade ou intolérance de son organisme, l'administration des pilules est interrompue pendant seulement huit jours, il n'y a plus à compter sur ce qui a été fait ; il faut tout recommencer, et, alors avec bien moins de chance de succès. Mais je dirai que les préliminaires, tels que la saignée, le purgatif, disposent favorablement l'économie à la tolérance mercurielle. Chez les femmes, qui, par leur tempérament plus lymphatique, permettent moins souvent la saignée, on observe plus souvent des accidents qui obligent le praticien à suspendre l'administration des pilules.

Cette méthode a rarement échoué, c'est-à-dire qu'elle a été préservatrice *toutes les fois qu'elle a été appliquée à temps, bien dirigée et régulièrement suivie*. Elle fait la base de ma pratique depuis près de quinze ans. On a cité des malades qui, traités ainsi, ont cependant éprouvé des accidents consécutifs. Si ces malades avaient été bien interrogés, on aurait trouvé qu'une des circonstances déjà signalées a mis obstacle à *l'action continue* des pilules mercurielles, ou bien le traitement a été entrepris quand le chancre avait déjà acquis le degré d'induration qui indique l'existence de la diathèse syphilitique. Alors, en effet, le perchlorure administré comme je viens de le dire est insuffisant; il faut en venir à d'autres moyens que j'indiquerai en exposant la thérapeutique de la vérole confirmée, celle du chancre induré, lequel est lui-même une expression de la diathèse syphilitique.

La méthode de traitement que je préconise ici a été sanctionnée non-seulement par mon expérience personnelle, mais par celle des praticiens les plus éminents. En effet, Dupuytren, M. Chomel, M. Broussonnet et d'autres encore, ont reconnu les avantages du perchlorure de mercure administré à petite dose et longtemps continué. M. Chomel insiste fortement sur la nécessité de ne pas interrompre l'administration du mercure. Dupuytren conseillait, après la guérison du chancre, de continuer l'administration des pilules qui portent son nom autant de temps au moins qu'il en avait fallu pour la cicatrisation de l'ulcère. M. Chomel, dans ses leçons, ne manque jamais de faire remarquer que ce n'est pas la quantité de mercure ingérée qui assure le mieux la guérison, mais le long temps pendant lequel l'économie se trouve imprégnée de ce modificateur. Ce praticien voudrait que le traitement durât de cinq à six mois. M. Broussonnet donne la liqueur de Van-Swiéten à la dose de 1 à 2 cuillerées par jour, jusqu'à 80 à 100. Si l'économie est antipathique à cette préparation, il la remplace par les pilules de Dupuytren, et en donne de 100 à 120.

4° *Traitement des chancres phagédéniques.* — Quand il s'agit des chancres phagédéniques, on doit avoir le plus grand égard au tempérament du malade, aux circonstances hygiéniques dans lesquelles il se trouve, au traitement qu'il a déjà subi, aux maladies qui compliquent son affection vénérienne. Il y a eu quelquefois, comme antécédent, insuffisance de nourriture, des excès alcooliques, l'influence d'une habitation humide, malsaine. Les voies digestives, les poumons, peuvent être malades. Il existe quelquefois un vice dartreux, scorbutique, scrofuleux. C'est surtout ce dernier qui entrave le plus la médication spécifique, et il y a longtemps que cette complication a été considérée

comme très-fâcheuse. En effet, Boerhaave disait déjà que si le mercure ne guérissait pas toujours la vérole, c'est qu'il y avait une complication scrofuleuse [1]. Non-seulement alors le mercure ne guérit pas l'ulcère phagédénique, mais il peut l'aggraver. Cependant, s'il est bon, dans beaucoup de cas, de s'abstenir des mercuriaux, pendant une certaine période du phagédénisme; mais il ne faudrait pas complétement bannir ce moyen qui peut avoir dans quelques cas une véritable efficacité. Je le prouverai plus tard. Si les tentatives qu'on fait ne réussissent pas, il ne faut pas s'obstiner; il vaut mieux passer à d'autres moyens pour revenir plus tard à de nouveaux essais de ce métal. En général, les ferrugineux, les préparations iodées à petites doses, l'huile de foie de morue, conviennent mieux. Les pilules de Valette de trois à six par jour; le tartrate de fer et de potasse, de 1 jusqu'à 15 grammes par jour, en solution dans l'eau; les pilules de proto-iodure de fer telles que je les fais faire (quatre par jour); l'huile de foie de morue; voilà les modificateurs généraux les plus puissants, quand il y a débilité réelle. Encore un coup, on ne sera pas absolu.

C'est surtout quand il s'agit du chancre gangréneux par excès d'inflammation qu'il faut, pour ainsi dire, négliger la cause spécifique pour s'occuper, avant tout, de l'accident, de la complication inflammatoire. Je tracerai la conduite du praticien quand je parlerai du phimosis et du paraphimosis comme affections complicatives du chancre. Le chancre gangréneux phagédénique peut être dû, au contraire, à un état général de débilité; c'est une raison de plus pour s'abstenir d'abord des préparations mercurielles. Ici les cordiaux, les toniques, les topiques arrosés avec l'eau chlorurée, forment la base du traitement à suivre.

Selon M. Ricord, le traitement local des chancres phagédéniques pultacés diphthéritiques doit ressembler à celui qu'il a conseillé pour les chancres ordinaires. C'est encore l'emploi combiné des cautérisations et des pansements avec le vin aromatique, mais surtout la solution ferro-potassique. Les cautérisations avec l'acide nitrique monohydraté doivent être profondes et répétées; dans quelques cas on les fait deux fois par jour, pour suivre le mal dans ses progrès. On répétera aussi les pansements, car la sécrétion est alors très-abondante. Il est des ulcérations qui n'ont pu être guéries qu'après l'emploi d'une sorte d'irrigation presque continue. Il faudra se garder des déchirures ou éraillures pendant qu'on refait les pansements, car chacune de ces solutions de continuité s'inoculerait, et le soulèvement de la peau favo-

[1] Voyez Boerhaave, cité par Astruc, t. II, p. 286, traduction française. Il y a là un passage très-remarquable.

rise l'imbibition du pus virulent, ce qui agrandit encore l'ulcère. Dans les cas d'inflammation locale très-vive, on a conseillé d'appliquer dans ces chancres quelques sangsues. Outre la difficulté de faire mordre les annélides dans des points ulcérés, leurs piqûres sont une cause d'accroissement de l'ulcère dans toute la profondeur des tissus que la morsure a atteints. Il faut encore plus se garder d'en appliquer auprès du chancre, car chaque piqûre que le pus vient à toucher pourrait se transformer en une ulcération. Si l'inflammation locale oblige le praticien à une évacuation sanguine, les sangsues seront appliquées à une certaine distance dans des points non déclives. Les piqûres seront couvertes ensuite avec des compresses imbibées d'eau blanche pour empêcher le pus d'arriver à elles. La complication inflammatoire est très-avantageusement combattue par les pansements avec des décoctions émollientes et narcotiques, les cataplasmes de fécule ou de semoule au lait; les bains tièdes mucilagineux ou de gélatine, surtout en y joignant une diète proportionnée à l'état général et local, le repos absolu et les boissons délayantes, conviennent très-bien ici. Quand il y a beaucoup d'irritabilité et de douleur, ce qui peut exister avec ou sans beaucoup d'inflammation, on devra, tant que cet état sera prédominant, user des préparations opiacées à l'intérieur et localement.

M. Ricord fait les pansements avec la solution suivante :

Eau distillée de laitue	200 grammes.
Extrait gommeux d'opium	4 grammes.

Mêlez.

Ici encore le même expérimentateur revient à la cautérisation avec le nitrate d'argent, et la considère comme un puissant auxiliaire. Il ne se laisse pas arrêter par la douleur ou l'inflammation, considérant alors que le nitrate d'argent est le sédatif le plus efficace et l'*antiphlogistique* le plus certain, quand on sait bien l'appliquer. La douleur vive qui éclate au moment de la cautérisation ne tarde pas à se calmer pour faire place à un mieux qu'on chercherait en vain par d'autres médications. Cette règle souffrirait peu d'exceptions.

Quand le chancre phagédénique continue à faire des progrès ou reste stationnaire, dans ces cas, on a vu réussir les cataplasmes avec des carottes, la cire fondue jaune, les onguents digestifs. C'est alors aussi qu'on a eu recours aux caustiques les plus puissants, au beurre d'antimoine, à la potasse, à l'alcool, aux pâtes arsenicales de Rousselot ou de frère Côme, au fer rouge appliqué d'une manière directe, ou comme cautère objectif. La pâte de Vienne et surtout l'acide nitrique monohydraté ont réussi. C'est principalement le dernier caustique que je

préfère quand il y a chancre pulpeux, car considérant ce chancre comme un chancre compliqué de pourriture d'hôpital, c'est le traitement de cette forme de gangrène que je mets en usage. Voici le *modus faciendi :* On commence par faire de petites boulettes de charpie en quantité suffisante pour couvrir l'ulcère ; chacune est trempée dans l'acide nitrique et appliquée sur la couche diphthéritique, et on presse un peu, puis une autre boulette est placée à côté de la première ; on en remplit enfin toute l'ulcération. Une couche de charpie recouvre ce premier pansement, puis un linge, et l'on exerce une légère compression. Cet appareil est renouvelé deux fois par jour. Chaque fois la plaie est lotionnée avec du vin dans lequel on a fait macérer des feuilles de noyer et des pétales de roses de Provins. Dans des cas moins graves, je me suis contenté d'imbiber la charpie avec moitié teinture d'iode et moitié eau. J'ai aussi employé la teinture d'iode pure.

Pour les cas rebelles, M. Ricord avait préconisé le vésicatoire appliqué immédiatement sur l'ulcération, ou le pansement avec la poudre de cantharide. Dans les notes, à la deuxième édition de Hunter, où se trouvent répétés les conseils que cet expérimentateur donne dans son livre pour le traitement de ces chancres phagédéniques, le vésicatoire est supprimé. Est-ce oubli de l'annotateur, ou bien est-ce que ce moyen n'aurait pas soutenu sa première réputation ? Je ne sais. Je ne puis rien en dire par moi-même ne l'ayant jamais employé.

Trop souvent, dans l'ulcère phagédénique diphthéritique, les bords sont tellement dénudés et amincis, que le rétablissement de leur adhérence paraît impossible. Si l'ulcération est la conséquence d'un abcès, il peut y avoir beaucoup de décollement, et la peau peut être très-amincie par le fait seul du séjour du pus et sans qu'elle ait subi le phagédénisme véritable. Alors, quelle que soit l'étendue des tissus à sacrifier, on peut employer l'instrument tranchant, et les ciseaux courbes de préférence, pour les reséquer nettement et de manière à donner à la plaie la forme la plus favorable à la cicatrisation. On cherchera à éviter le plus possible les difformités qui, dans certaines régions, restent comme des stigmates qui accusent des écarts qu'on désire cacher. Mais lorsque c'est par l'ulcération phagédénique elle-même que les progrès ont lieu, l'instrument tranchant est plus nuisible qu'utile, car au lieu de limiter le mal, il facilite son extension, à moins qu'on ne le fasse suivre de la cautérisation de la plaie. Ne vaut-il pas mieux alors avoir recours du premier coup, au caustique ? Ici M. Ricord place en première ligne la pâte de Vienne. Non-seulement, selon lui, avec ce caustique on peut limiter nettement les parties qu'on veut enlever, mais on court la chance de détruire complétement la surface virulente

ou tout au moins d'affranchir d'une inoculation trop rapide les nouveaux bords de l'ulcère par l'interposition d'une escarre, et par une sorte de réaction vitale dont l'absence, dans quelques cas, est une des principales causes des progrès de l'ulcération.

Quelle que soit la variété du chancre phagédénique, quand il détache le frein du gland et produit un trajet fistuleux, un pont, en excisant les parties ainsi décollées, affectées d'ulcération, et qui, en se touchant, s'entretiennent dans un état morbide, on peut activer de beaucoup la guérison. On glisse une branche des ciseaux sous le pont, puis on coupe près du gland et on résèque ensuite la portion qui reste adhérente au prépuce. Il faudra, immédiatement après, cautériser toute la solution de continuité, c'est-à-dire la plaie de l'opération et ce qui reste du chancre.

On a employé aussi la solution suivante dans les cas de chancres phagédéniques serpigineux :

Tartrate ferrico-potassique	20 grammes.
Eau..............................	460 grammes.

Pour fomentations.

et on administre à l'intérieur le sirop suivant :

Tartrate ferrico-potassique	20 grammes.
Eau de cannelle	50 grammes.
Sirop de sucre..................	430 grammes.

De 25 à 100 grammes par jour, dans un litre de tisane de gentiane.

Ce sirop convient surtout quand il y a chloro-anémie avec le chancre phagédénique.

J'ai réussi une fois, dans un cas très-grave, à guérir par le Vigo une ulcération phagédénique serpigineuse secondaire qui avait résisté à tout. Cette ulcération occupait la partie inférieure externe de la cuisse et le même côté de la moitié supérieure de la jambe. J'appliquai l'emplâtre en bandelettes imbriquées comme on le fait pour les ulcères atoniques du membre inférieur. Je renouvelai ces bandelettes tous les trois jours, et en moins de quinze jours le phagédénisme fut arrêté et la réparation très-avancée. Le succès que je viens d'obtenir m'engagera à appliquer le même moyen sur certains chancres phagédéniques. Mais il faudra, pour que cette espèce de pansement *par occlusion* réussisse, que la position du chancre permette son application exacte.

Je disais cela dans ma première édition. Aujourd'hui 22 novembre 1854, j'ai présenté à la Société de chirurgie un malade de mon service, à l'hôpital du Midi, qui offre un des plus beaux cas de guérison

de chancre serpigineux. Cette ulcération occupait toute la région inguinale droite et se répétait à la face interne et tout à fait supérieure de la cuisse correspondante. Le malade fut soumis à l'usage de l'iodure de potassium, il prit longtemps de l'huile de foie de morue, puis des pilules de proto-iodure de fer. Il fut pansé avec de la charpie imprégnée avec un mélange de teinture d'iode et d'eau, parties égales, puis avec la teinture d'iode pure. Je cautérisai aussi avec le perchlorure de fer, avec l'acide nitrique, le nitrate d'argent. Le chancre exerçait toujours ses ravages. Cependant la constitution s'améliorait. Je crus que c'était le moment d'employer le Vigo. Des bandelettes très-longues et très-étroites furent donc appliqués. On en fit une espèce de spica qui recouvrait cette grande surface ulcérée. On renouvelait le Vigo tous les deux ou trois jours, on cautérisait légèrement avec le nitrate d'argent et en moins de vingt jours la cicatrisation a été presque complète. En partant pour le Midi je laissai ce malade à M. Guérin de Vannes, qui, à mon retour, me l'a rendu tout à fait guéri. Je l'ai présenté alors à mes collègues.

ARTICLE UNIQUE.

Maladies qui peuvent être considérées comme des accidents du chancre. — Phimosis. — Paraphimosis.

§ 1er. — *Phimosis.*

Il y a phimosis quand le gland ne peut être découvert par le prépuce. Il existe, ordinairement alors, prolongement, rétrécissement plus ou moins considérable de cette enveloppe; ou bien les parties que le prépuce doit recouvrir se sont tuméfiées, quelquefois il est survenu des tumeurs, des excroissances qui empêchent les mouvements de cette enveloppe. L'ouverture du prépuce permettait bien au gland de sortir quand il était à l'état normal; mais, tuméfié, hypertrophié ou couvert de végétations, il ne peut plus passer. Le phimosis est plus ou moins complet, selon que le rétrécissement de l'ouverture préputiale est plus ou moins prononcé.

Cette disposition du prépuce qui empêche le gland d'être mis à découvert peut être congénitale; le prépuce alors a persisté dans son état primitif, comme on le voit dans les premiers temps de la vie. Mais une irritation, une ulcération quelconque, un chancre, peuvent développer le prépuce au point de lui faire ensevelir le gland. Cet effet se produit, le plus souvent, à la suite de la balanite, rarement à la suite de la blennorrhagie urétrale, excepté quand il y a complication de lymphite et d'abcès péri-urétraux. On voit souvent le phimosis avec le chancre, car

celui-ci étant entouré de plus ou moins d'induration, il y a épaississement, absence de souplesse ; c'est quelquefois au point que le prépuce ressemble à une coque qui renfermerait le gland. J'ai déjà signalé cette forme du chancre induré; c'est l'induration diffuse. La rétrocession nécessaire au découvrement de l'extrémité de la verge devient alors impossible ou dangereuse, car il peut s'ensuivre un paraphimosis.

Les chancres sont vers la base du gland ou plus ou moins voisins du limbe du prépuce. Lorsqu'ils bordent le limbe même, ils peuvent, s'ils sont nombreux, empêcher le découvrement du gland pendant la turgescence inflammatoire, et, plus tard, par les cicatrices qui leur succèdent, lesquelles forment une véritable stricture ; de là un phimosis accidentel permanent. Le phimosis accidentel peut aussi devenir permanent par des brides, des adhérences qui ont rendu le prépuce et le gland continus là où ils ne doivent être que contigus.

Ce ne sont pas seulement les accidents dits primitifs qui peuvent donner lieu au phimosis; les éruptions dites secondaires, les tubercules plats, hypertrophient plus ou moins le prépuce, le rétrécissent, le rendent moins souple.

Les inflammations, les chancres et autres lésions qui ont produit le phimosis, peuvent être aggravés par le phimosis lui-même; l'effet devient cause et cause complicative : c'est ainsi que, par le fait du phimosis accidentel, il s'établit un certain degré d'étranglement; de là plus ou moins d'oblitération de la cavité préputiale et difficulté dans l'épanouissement des tissus enflammés. Quand c'est surtout le prépuce qui est phlogosé, on voit quelquefois la peau de la verge attirée en avant; le gland est comme repoussé en arrière, et le prépuce fait une saillie au-devant de lui, saillie qui peut avoir, selon Hunter, jusqu'à 3 pouces. Quelquefois ce pédicule se tord un peu. Il arrive aussi que la muqueuse préputiale cède plus facilement que la peau ; cette muqueuse forme alors une espèce de bourrelet un peu étranglé par un collet qui est sur le point où la peau se termine naturellement. Dans ces deux cas, le rétrécissement du prépuce est considérable, et on ne peut songer à découvrir le gland.

L'inflammation du prépuce, d'abord érysipélateuse, peut devenir phlegmoneuse; de là des abcès qui s'ouvrent sur la peau ou dans la cavité préputiale, selon que l'enveloppe externe ou l'interne aura cédé. Il arrive souvent que les deux membranes cèdent également. La perforation du prépuce a lieu alors soit par une escarre, soit par une ulcération qui a procédé de l'intérieur à l'extérieur. Le plus souvent les choses se passent comme Hunter l'a fait remarquer avec tant de justesse; le gland est entre l'orifice du prépuce et les ulcérations; il

remplit la cavité préputiale et souvent avec une telle exactitude que le pus sécrété par ces ulcérations ne peut se frayer un passage par l'ouverture naturelle de cette cavité. Il se forme alors une collection en arrière de la couronne du gland, une espèce d'abcès qui provoque une ulcération, laquelle marche de dedans en dehors et perce le prépuce. L'ouverture, la fenêtre, s'ouvre presque toujours vers le point du prépuce qui correspond au dos de la verge, et cela soit qu'elle provienne d'une ulcération, soit qu'elle reconnaisse pour cause la chute d'une escarre. Quand cette fenêtre est assez grande, le gland s'y engage et sort ainsi du prépuce; l'extrémité de celui-ci se porte en bas, fait saillie dans ce sens, ce qui donne à la verge un aspect bifide. On a observé la destruction de la plus grande partie du prépuce; il arrive aussi que la gangrène opère une véritable résection du prépuce, une circoncision complétée. Il est d'autres dégâts qui sont plus graves : ce sont ceux qui atteignent le gland, soit que l'ulcération ait porté d'abord sur lui, soit qu'elle y soit arrivée du prépuce par extension. Après l'ouverture du prépuce, on voit alors une partie du gland dévorée. Le cas est malheureux; il est bien plus funeste encore quand l'ulcération est allée jusqu'à l'urètre, quand la fosse naviculaire a été ouverte et que les corps caverneux ont été atteints.

§ 2. — *Paraphimosis.*

Un accident grave qui peut être la conséquence des inflammations des chancres du prépuce, c'est le paraphimosis, c'est-à-dire l'étranglement de la verge derrière la couronne du gland par l'anneau du prépuce. Il faut distinguer ici le paraphimosis qui succède à un phimosis accidentel ou congénital, lequel est observé quand on a voulu découvrir de vive force le gland, du paraphimosis qu'on peut appeler primitif, de celui qui survient chez les sujets dont le gland est découvert et chez lesquels il survient un gonflement de la verge : dans ce dernier cas, l'ouverture préputiale qui, auparavant, était assez large pour permettre les mouvements du prépuce sur le gland, étrangle celui-ci à sa base. Le premier étranglement, celui qui est avec phimosis préalable, produit des effets beaucoup plus rapides et plus graves : il arrive, du coup, au plus haut degré d'intensité; car ici l'étranglement est formé par l'anneau qui agit contre la verge, et par la verge qui va, pour ainsi dire, à la rencontre de l'anneau. Au contraire, quand il n'y a pas phimosis préalable, c'est seulement la verge qui va s'étrangler : en se gonflant, elle s'applique graduellement, lentement, contre l'anneau préputial, lequel était assez large pour permettre les mouvements de la verge

à l'état normal, et qui ne l'est pas suffisamment quand les dimensions de celle-ci se sont anormalement accrues. Il sera utile de se rappeler ce double mécanisme du paraphimosis quand il s'agira du traitement.

Lorsque l'anneau serre fortement la verge, dans le cas de paraphimosis irréductible et compliqué d'inflammation ou de chancres, le gland s'engorge de plus en plus, les corps caverneux se durcissent, et il y a lutte entre les parties qui étranglent et celles qui sont étranglées. Ce sont ordinairement les premières qui cèdent : en effet, l'anneau du prépuce s'ulcère, se mortifie ; il y a séparation des deux feuillets, muqueuse et peau. Mais le malade n'obtient pas toujours de ces effets morbides un relâchement assez complet, et la verge ne revient pas à son état normal, car le dégorgement est lent à s'opérer ; il s'établit des adhérences qui causent des difformités plus ou moins apparentes, plus ou moins gênantes.

§ 3. — *Traitement.*

1° *Traitement du phimosis.* — Lorsque le phimosis est accidentel, fortement inflammatoire, et la cause première un chancre, le traitement soulève de grandes difficultés. On doit d'abord recourir aux émollients, aux antiphlogistiques, dans les cas où l'inflammation est vive, le gonflement considérable, la rénitence, la rougeur marquées. Si le sujet est jeune, non débilité, on ne devra pas craindre de pratiquer d'abord une saignée générale, abondante. Les sangsues sont indiquées aussi ; mais on devra redouter l'inoculation des piqûres et un surcroît d'inflammation par le fait même de ces petites plaies. Il faudra donc éloigner les annélides de la verge ; elles seront posées de préférence au périnée et aux régions inguino-crurales. On ne se contentera pas des antiphlogistiques directs ; il faudra de plus agir sur le tube intestinal par des sels purgatifs, comme le citrate de magnésie, l'eau de Sedlitz ; puis viendront les bains entiers, les cataplasmes arrosés avec l'extrait de Saturne, les injections entre le prépuce et le gland, d'abord narcotiques et émollientes, ensuite astringentes. On pourra rendre ces injections caustiques, surtout quand on aura lieu de supposer que le point de départ est une balano-posthite.

Si ces moyens ne réussissent pas à calmer les accidents inflammatoires, si la douleur est vive, s'il y a des difficultés d'uriner, s'il y a accumulation de matières purulentes dans le prépuce, menace de perforation de cette enveloppe, si surtout il y a phimosis congénital, les motifs d'agir par une opération paraissent suffisants à la plupart des praticiens ; il en est même qui n'en demandent pas tant pour saisir le bistouri. Quant à moi, je ne me suis jamais trouvé dans la nécessité abso-

lue de pratiquer cette opération. Je crains d'augmenter la phlogose, au lieu de l'abattre, et cela par le fait de l'inoculation de la plaie, ce qui arrive trop souvent. Si l'on se décide à opérer, à pratiquer un débridement, une incision quelconque, il faudra se garder de la borner à un point peu étendu du prépuce; on ne devra pas seulement ouvrir l'abcès qui est quelquefois vers la base du gland, on pourrait alors n'arrêter en rien les accidents, et, après leur disparition, avoir de nouveau un phimosis. L'incision ira donc du limbe préputial jusqu'à la base du gland. Mais il y a encore à redouter de voir la plaie de l'opération se transformer en un vaste chancre. On comprend que les avantages de l'opération compenseront très-peu alors ses inconvénients, car le chancre, en envahissant la plaie, n'abandonne pas pour cela les parties qu'il avait d'abord atteintes. Quant à moi, je me suis toujours borné aux antiphlogistiques directs et indirects. Il est vrai qu'après la cessation du phimosis accidentel, j'ai parfois constaté que le gland avait éprouvé quelque perte de substance. Mais ces dégâts ont aussi été observés par des chirurgiens qui se sont hâtés de débrider. Il m'est arrivé aussi de voir le prépuce se perforer malgré les antiphlogistiques, les topiques et les injections. En général, alors, les malades n'avaient demandé des soins qu'à une période avancée de la maladie. Après la cicatrisation des chancres, la chute de l'inflammation, il est facile de réparer d'une manière plus ou moins complète la difformité qui est la conséquence de cette perte de substance du prépuce. Je le répète, la situation du praticien est ici fort embarrassante. J'ai dit quelle était ma conduite, ce qui m'arrive, et je n'ose risquer la moindre critique contre ceux qui font autrement que moi.

Après la réparation complète des chancres et la cessation de l'inflammation, reste le phimosis, quand le prépuce n'a pas été débridé. Ce phimosis est congénital, ou bien c'est un phimosis accidentel qui est devenu permanent par le rétrécissement, résultat du tissu cicatriciel. Dans ces deux cas, après avoir guéri la maladie, on désire corriger la difformité et enlever ainsi des chances à de nouvelles inoculations, car on sait que les sujets qui portent un phimosis sont plus souvent infectés que ceux dont le gland est facilement découvert.

a. Opération du phimosis. — Je n'exposerai pas ici toutes les méthodes qui ont été proposées pour opérer le phimosis [1]. L'excision du prépuce, c'est-à-dire la circoncision, ayant prévalu, c'est elle que je décrirai. J'ajoute aux procédés ordinaires des moyens d'union, car,

[1] Voyez mon *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, tome V, 3e édition. C'est d'après ce livre que j'exposerai les procédés que je crois préférables.

quel que soit le procédé mis en usage, après l'excision du prépuce, la peau remonte vers le pubis et sa doublure muqueuse la dépasse de beaucoup ; reste alors une plaie assez large qui s'enflamme, suppure, et par laquelle se fait souvent une hémorrhagie. Au lieu d'exciser cet excédant de la membrane muqueuse, je le renverse pour l'appliquer plus haut sur la peau, où je le fixe par des points de suture ou mieux avec des *serres-fines*. La suture peut être faite simplement comme le point séparé, avec un fil ordinaire, ou bien on passe les fils avant de faire l'excision, et cela peut être exécuté de deux manières.

Premier procédé. — Avec de l'encre on trace sur la peau du prépuce une ligne dans la direction de la couronne du gland, ce qui forme une losange. Cette ligne sera parcourue par des points de suture. La peau n'a été tirée ni en avant ni en arrière du gland. Une pince à pansement ou une pince à pression continue saisit dans la direction oblique de la couronne du gland toute la partie du prépuce qui est en avant de la ligne noire. En même temps qu'avec la pince l'opérateur tire un peu le prépuce en avant, un aide saisit le fourreau de la verge vers sa racine et le tire du côté du pubis, mais légèrement. Alors les fils sont passés transversalement, c'est-à-dire en croisant la direction des pinces sur la ligne noire, ils seront à 5 millimètres les uns des autres. On tire encore un peu en avant le bout du prépuce saisi par la pince ; alors avec de très-forts ciseaux, comme pour l'opération du bec-de-lièvre, on coupe d'un seul trait le prépuce entre les fils et la pince. Cette circoncision une fois opérée, la cavité du prépuce est plus ou moins largement ouverte, et l'on voit les fils passer sur le gland et dans une direction perpendiculaire à celle du méat urinaire. On divise ces fils au milieu même, et chacun forme alors deux anses, une de chaque côté du gland. Ainsi, si l'on a passé quatre fils, on peut pratiquer huit points de suture, quatre de chaque côté. Les aiguilles dont je me servais sont plates, lancéolées et très-fines. J'enlevais les points de suture le quatrième jour.

Ce procédé est beaucoup plus facile à exécuter, si, au lieu de traverser d'abord le prépuce avec les fils, on arrête la marche des aiguilles au moment où leur pointe est aperçue du côté opposé à leur entrée. Les aiguilles alors croisent la direction de la pince, et c'est entre elles et celle-ci qu'on coupe. Ce temps est alors plus facile et plus nettement exécuté. Après l'excision du prépuce, on voit le corps des aiguilles traversant la cavité préputiale ; on tire chaque aiguille par la pointe, et l'autre extrémité, se présentant alors au chirurgien, lui offre, pour ainsi dire, le fil qu'elle entraîne. Celui-ci est saisi et coupé ; on en fait autant pour chaque aiguille, le reste de l'opération est comme je viens de le dire.

Deuxième procédé. — La ligne noire est tracée comme pour le premier procédé. On introduit dans le prépuce une sonde cannelée dont le pavillon est confié à un aide ; il l'incline d'un côté : le bec de la sonde fait une saillie en sens opposé et éloigne, sur le point qu'il presse, le prépuce du gland. Avec une aiguille comme les précédentes, on passe un fil derrière ce bec de la sonde, c'est-à-dire entre l'instrument et le gland. Il y a donc une anse de fil passée dans la direction de la ligne noire. La première piqûre est vers le dos de la verge. On pousse la sonde un peu plus vers le frein, à 5 millimètres de la première anse de fil, et l'on passe encore la même aiguille et le même fil derrière l'instrument ; enfin le prépuce sera entouré d'une suture *à points passés.* Le fil décrit une spirale et forme des anses en dedans et en dehors du prépuce. On appliquera la pince comme je l'ai dit tantôt, et avec de grands ciseaux on retranchera l'extrémité du prépuce qui a été saisie par cette même pince entre cet instrument et la spirale représentée par le fil. Il faut que celui-ci soit très-long, car, après la circoncision, chaque anse divisée du côté de la peau et de la muqueuse fournira deux bouts de fils qui serviront à faire un point.

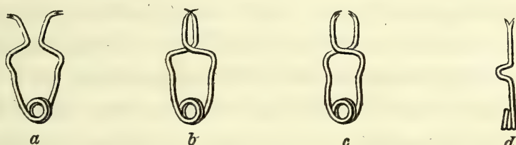
Je sais, et je dis que ces procédés sont longs à exécuter ; mais ils ont des avantages incontestables. D'abord les résultats sont on ne peut plus satisfaisants au point de vue de l'élégance. Après l'opération il n'y a nul pansement à faire ; une compresse imbibée d'eau fraîche est seulement appliquée sur la verge : il n'y a nulle hémorrhagie à redouter. Or, l'hémorrhagie, comme on le sait, est très-fréquente après les autres procédés. Le quatrième jour, on enlève les fils.

Comme après toutes les opérations pratiquées sur la verge, le travail cicatriciel peut être entravé par des érections. Mais quelques sangsues au périnée et des pilules opiacées et camphrées, un peu de régime, domptent cette espèce d'accident.

Troisième procédé. — Emploi des serres-fines. — Les serres-fines ont d'abord été appliquées à la réunion de la plaie qui résulte de l'opération du phimosis. Je viens de dire que le quatrième jour les fils des sutures étaient enlevés. Depuis, j'ai abrégé le temps de séjour de ces fils ; je ne les ai laissés quelquefois que vingt-quatre heures, et cela sans nuire à la réunion. Je me suis demandé alors si, pour si peu de temps, il était nécessaire d'ajouter aux douleurs de l'opération les douleurs de la suture, et si de petits doigts ne pourraient pas tenir patiemment les lèvres de la plaie réunies, puisque la réunion pouvait se faire si promptement. Les petits doigts pouvant être remplacés par un petit instrument, je fis fabriquer par M. Charrières des *serres-fines* en acier qui

étaient en miniature la pince à pression continue dont je me servais déjà pour saisir la portion du prépuce à exciser.

Ces instruments, qui étaient d'acier, m'ayant paru trop lourds et d'un entretien difficile, je donnai l'idée à M. Luër des *serres-fines* que je représente ici :



a est la serre-fine dont les branches ne sont pas encore croisées ; *b*, branches croisées, l'instrument est fermé ; *c*, instrument ouvert, moment où le chirurgien presse sur le grand anneau inférieur; *d*, profil pour montrer l'anse qui permet de saisir la serre-fine. Ce sont ici de petites *serres-fines*. M. Luër en a fabriqué qui sont plus petites encore. Elles servent beaucoup aux oculistes pour les opérations sur les paupières. Quand l'instrument est réduit à de si petites dimensions, un *porte-serres-fines* devient quelquefois nécessaire, car les doigts les laisseraient échapper ou masqueraient le point où l'on veut les appliquer. M. Luër a imaginé une pince très-commode pour cela. Afin que le succès soit complet, et la réunion tout à fait immédiate, il convient que la peau et la muqueuse se trouvent parfaitement affrontées. Pendant donc que le chirurgien tiendra une serre-fine et pressera sur le grand anneau pour l'ouvrir, l'aide, avec deux petites pinces à disséquer, tenues une de chaque main, accrochera la peau et la muqueuse pour les rapprocher, et là où elles se toucheront, le chirurgien appliquera la serre-fine, ce qui se fait en cessant brusquement la pression. On rapproche aussi les deux membranes en pressant dans le milieu de la plaie, et selon sa direction, avec une petite sonde cannelée. On enfonce ainsi le tissu cellulaire qui tend à faire hernie, et on l'empêche de venir contrarier la réunion. Mais il vaut beaucoup mieux employer les deux pinces pour accrocher les deux lèvres de la plaie. En effet, si une parcelle de tissu cellulaire est interposée entre ces lèvres, il n'y a pas de réunion immédiate. Je ne le dissimule pas, cette application est difficile, délicate ; mais on peut obtenir ainsi une guérison des plus rapides. De pareils résultats n'ont pas seulement été obtenus par moi, mais par les confrères qui ont *voulu* appliquer ces instruments *avec soin*. Mais je dois dire à mon grand regret que ces confrères sont assez rares. Il est probable qu'ils jugent ces petits détails indignes de leur haute position ! Aussi quels résultats !

Qu'on me permette ici une citation pour prouver un véritable progrès dans l'art de corriger les difformités de la verge. Quand je pris le service à l'hôpital du Midi, on pratiquait la circoncision d'après la méthode de M. le docteur Ricord, lequel disait alors dans son livre : « Les résultats de la circoncision, d'après ma méthode, m'ont paru plus favorables que ceux obtenus par les autres procédés. La guérison a lieu du vingtième au vingt-cinquième jour [1]. » Eh bien, par ma méthode, la guérison peut avoir lieu de la vingtième à la vingt-cinquième heure.

2° *Traitement du paraphimosis.* — On commencera par les calmants, les antiphlogistiques que j'ai déjà conseillés en exposant la thérapeutique du phimosis inflammatoire avec plus ou moins d'étranglement.

Quand il s'agira de la réduction, il faudra se rappeler les deux variétés de paraphimosis que j'ai établies : celle qui est avec phimosis préalable et celle qui peut se produire, le gland étant naturellement découvert. Il est certain que si l'on réduit le paraphimosis chez un sujet qui portait un phimosis naturel, après la réduction, il se trouve avoir un vice de conformation, et cela au prix de très-violentes douleurs. Il vaut mieux alors débrider, et, pour cela, non-seulement on devra inciser sur l'anneau qui étrangle, mais sur le bourrelet qui est en avant et sur la peau qui est en arrière dans une étendue égale à celle du gland. C'est la conduite à tenir quand le paraphimosis est irréductible. Dans les autres cas, des mouchetures sur les parties tuméfiées œdémateuses, l'application de compresses froides et une compression circulaire produisent en général de bons effets.

M. Seutin, pour agir sur le gland, diminuer son volume et favoriser la réduction, a proposé des pinces terminées par deux espèces de cuillers qui emboîteraient bien cet organe et exerceraient une compression plus complète, plus régulière que les doigts du chirurgien.

Dans tous les cas où la complication chancreuse existera, on devra s'en occuper, et ne pas se borner à des manœuvres, à un traitement local.

CHAPITRE VI.

BUBON.

Le bubon est l'engorgement des vaisseaux et principalement des ganglions lymphatiques; il a pour cause la plus fréquente l'action du virus syphilitique sur ces organes.

[1] *Traité pratique des maladies vénériennes*, p. 775.

Siége. — Comme le mot bubon l'indique, c'est surtout l'engorgement des ganglions de l'aine dont il sera question ici. Cependant presque tous les ganglions qui ont leurs vaisseaux afférents non loin de la peau et de l'origine des muqueuses peuvent être engorgés à la suite de l'inoculation d'un point de ces téguments. Après les bubons de la région inguinale, ce sont les bubons du cou, de l'aisselle, du pli du bras qu'on observe le plus souvent. A l'aine il y a encore des différences de siége. Ainsi, les bubons peuvent être au-dessous ou au-dessus du ligament de Fallope : les premiers reçoivent l'épithète de *cruraux ;* les autres sont les bubons *abdominaux :* quand ceux-ci se rapprochent beaucoup de la ligne médiane, de la racine de la verge, on les appelle encore *pubiens.*

Je dirai bientôt l'influence de la position des chancres sur le siége des bubons.

Causes. — Les sexes offrent ici une grande différence : les hommes ont au moins le double de bubons que les femmes. Ceux qui, à Paris, voudront constater cette disproportion, n'ont qu'à faire une visite à Lourcine où il n'y a que des femmes, et aller ensuite parcourir les services de l'hôpital du Midi, destinés exclusivement aux hommes. Les classes de la société offrent encore ici une grande différence : ainsi la classe ouvrière, celle qui ne se soumet à aucune hygiène pendant l'existence des chancres, qui se livre à des travaux pénibles, est bien plus souvent affectée de bubon. Pour constater cette différence, il n'y a qu'à comparer les malades qui se rendent dans les hôpitaux avec ceux que l'on traite en ville. Voilà les deux prédispositions les plus marquées.

Le virus syphilitique est la cause principale des bubons. Mais il n'arrive pas toujours de la même manière au ganglion : il peut y arriver après avoir ulcéré ou seulement enflammé la surface tégumentaire avec laquelle il a été mis en rapport, ou bien c'est après une solution de continuité traumatique ou même sans altération aucune de ces téguments, c'est-à-dire par *absorption physiologique.* Cela veut dire que le bubon peut survenir après un chancre, après une blennorrhagie, après une plaie inoculée et sans aucune de ces lésions, c'est-à-dire d'emblée.

Le chancre est certainement le point de départ le plus fréquent du bubon. Hunter l'avait parfaitement constaté. M. Philippe Boyer croit même qu'il n'y a pas de chancre sans bubon, ce qui est une exagération aussi manifeste que l'opinion qui n'admet pas le bubon syphilitique sans chancre préalable.

C'est ordinairement à la première période du chancre que l'on voit naître le bubon, c'est-à-dire pendant le premier septénaire ; il peut

n'apparaître aussi que pendant le premier ou pendant le second mois après la disparition naturelle du chancre, ou après sa cicatrisation provoquée. Je ne crois pas que la cicatrisation hâtive du chancre ait une véritable influence sur la production du bubon.

Le temps quelquefois assez long qui se passe entre la cicatrisation du chancre et l'apparition du bubon, prouve qu'il se fait encore ici une incubation.

Ce sont les chancres du prépuce qui donnent le plus souvent lieu aux bubons chez l'homme, et ceux qui sont voisins du méat urinaire chez la femme.

La position du chancre de la verge peut avoir une influence sur le siége du bubon. Cependant le rapport n'est pas assez rigoureux pour pouvoir fournir une réponse catégorique à cette question : Étant donné le siége du chancre, quel sera le siége du bubon ? On sait seulement que le bubon naît en général du même côté que le chancre : ainsi l'ulcération du côté gauche du prépuce est suivie d'un bubon du côté gauche de l'aine, et *vice versâ*. Cependant le contraire peut arriver soit qu'il y ait croisement des lymphatiques ou anastomose. Dans les cas de chancre de chaque côté du prépuce, il y a ordinairement un bubon à chaque aine. L'ulcération du frein donne indifféremment lieu au bubon gauche ou droit, quelquefois à un double bubon. Il faut aussi savoir qu'il y a, quoi qu'on en ait dit, des chancres sans bubon et même des chancres nombreux, ce qui peut être constaté aujourd'hui dans la salle 10 de mon service. Il est bien entendu ici qu'on ne prendra pas pour bubons des ganglions seulement un peu plus apparents qu'à l'état normal, état quelquefois habituel, et par conséquent qui peut avoir existé avant toute manifestation chancreuse.

La blennorrhagie est moins fréquemment le point de départ du bubon que le chancre, et quand l'adénite se manifeste, on dit alors qu'elle est par sympathie ou par extension de l'irritation ; le bubon réellement syphilitique par absorption du virus ne pourrait avoir lieu que dans le cas de chancre urétral. Ceci est une hypothèse que j'ai déjà combattue, puisque j'ai déjà prouvé qu'il pouvait y avoir des blennorrhagies urétrales réellement syphilitiques, sans chancre de l'urètre.

J'ai dit que le bubon peut aussi survenir à la suite d'une absorption physiologique du virus, c'est-à-dire sans avoir été précédé par les trois ordres de lésions déjà indiquées, c'est-à-dire sans inflammation, sans ulcération, sans solution de continuité. Ceci est prouvé par l'analogie, par les autorités, par les faits. On sait qu'un vaste réseau vasculaire revêt tout le corps ; le virus appliqué sur une muqueuse arrive dans ce

réseau ; il est assez subtil pour traverser la couche la plus extérieure de ce tégument, sans solution de continuité, et, comme on le dit, par imbibition. Du réseau dont je viens de parler partent les radicules des lymphatiques qui s'emparent du virus pour le porter dans les vaisseaux, puis dans les ganglions. Tout ce chemin peut être parcouru, sans lésion des conducteurs, parce qu'ils n'ont pas réagi. Mais, si le premier réseau réagit, vous avez, en général, un chancre ; si c'est le vaisseau, il y a lymphite chancreuse ; si c'est le ganglion, il y a adénite chancreuse qui est le véritable bubon syphilitique. Quelques syphiliographes n'admettent qu'une partie de cette vérité ; ils conviennent seulement que le vaisseau lymphatique peut être traversé par le virus sans en être le moins du monde offensé. Eh bien, il en est de même des autres tissus. L'analogie prouve, en effet, que le virus peut aller de la muqueuse au ganglion sans rien léser, et les faits sous ce rapport sont concluants. Ainsi, quand la variole n'est pas inoculée (et elle ne l'est plus maintenant), par où passe le virus pour infecter l'économie ? Il passe par les mêmes voies que le virus syphilitique vient de parcourir, et, pour cela, il n'a nul besoin de solution de continuité préalable du tégument. Est-ce que le virus de la morve n'infecte pas quelquefois l'animal, le sujet, sans solution de continuité préalable ? Est-ce qu'il n'y a pas une morve d'emblée ? Consultez ici l'autorité la plus considérable, Hunter. Eh bien, Hunter admet le bubon d'emblée comme nous le comprenons. C'est surtout en parlant des bubons qu'il indique les quatre surfaces par lesquelles le pus peut être absorbé : 1° par un ulcère ; 2° par une surface enflammée ; 3° par une surface traumatique ; 4° par une surface commune, c'est-à-dire saine. Ces trois espèces d'absorption ne sont pas seulement indiquées théoriquement ; Hunter les apprécie, il les étudie au point de vue des faits. Il explique bien que c'est par la surface ulcérée que s'opère le plus souvent l'absorption, et c'est par les surfaces saines qu'elle est le moins fréquemment observée. Ici surtout, le chirurgien anglais se montre d'une méfiance extrême. Il conseille, par exemple, de mettre de côté les femmes, parce qu'on ne sait jamais si elles sont ou non atteintes de blennorrhagie ; il dit qu'avant de se prononcer il faut explorer avec beaucoup de soin ; que si l'on faisait cela, on découvrirait souvent qu'un petit chancre est la cause de l'infection, ce qui est arrivé plus d'une fois. « On doit, répète-t-il, attacher une attention particulière à toutes les circonstances qui se rattachent au cas de cette espèce. » (P. 480.) Hunter ajoute ailleurs que tout engorgement des aines n'est pas un bubon vénérien. De sorte que voilà un grand esprit, un profond et méfiant observateur qui admet les bubons d'emblée. Du reste aujourd'hui

il se fait un retour vers ces idées, puisque le bubon d'emblée est admis non-seulement par ceux qui n'ont jamais abandonné ces idées, mais par des syphiliographes adhérant aux opinions professées par M. Ricord : ainsi M. Reynaud (de Toulon) et M. Gibert. M. Reynaud dit très-positivement qu'il a soigné des personnes qui, ayant eu des relations suspectes, avaient examiné fréquemment leur verge sans rien découvrir; qu'elles avaient été affectées de bubons qui ont présenté plus tard des accidents consécutifs bien caractérisés (p. 55). M. Gibert a positivement observé un bubon d'emblée qu'il a inoculé avec succès. M. Ricord objecte tout simplement que M. Gibert s'est trompé ou a été trompé. Remarquez que cette réponse, surtout quand elle est polie, si elle est adressée à un observateur comme M. Gibert, peut être faite à tous les observateurs ; elle peut être faite à MM. Lagneau, de Castelnau, Cazenave, Baumès, etc. On voit dans le livre de ce dernier auteur, les observations sixième et septième qui ne laissent rien à désirer, puisqu'il y a eu inoculation avec succès. Quant à moi, j'ai observé plusieurs bubons d'emblée. Comme je n'inoculais pas l'accident primitif, j'attendais le contrôle des accidents généraux. Il y avait à la salle 11 un cas de double bubon chez un sujet dont le gland était très-découvert ; il portait ces tumeurs depuis cinq jours ; il s'observait minutieusement ; il n'avait jamais été malade d'aucune espèce de manière avant l'apparition des bubons ; il n'avait eu ni écoulement ni ulcération. Je pus garder ce malade assez longtemps, et je vis naître chez lui une syphilide papuleuse. Un autre malade vint avec un bubon qui était moins récent que le premier; rien dans ses antécédents n'a pu faire admettre un autre symptôme primitif; seulement il indiqua parfaitement une roséole qui avait disparu. Je n'observai donc pas cette syphilide. Mais, plus tard, survint un gonflement d'une partie du maxillaire supérieur qui se nécrosa, et je fis l'extraction d'un fragment osseux auquel étaient implantées deux dents. L'élimination du séquestre, la réparation de la solution de continuité s'opérèrent avec une rapidité étonnante sous l'influence de l'iodure de potassium.

Outre les bubons par absorption du virus syphilitique, on en admet qui sont par extension de l'irritation ou de l'inflammation, ou par sympathie, que cette irritation soit syphilitique ou non.

Le virus peut, après avoir agi sur toute l'économie, développer les ganglions et constituer le bubon consécutif. Enfin, selon que les phénomènes de l'inflammation se prononcent avec vivacité, ou qu'ils sont très-lents ou qu'ils restent absents, le bubon est dit inflammatoire ou indolent, aigu ou chronique. D'autres divisions ont encore été ad-

mises ; je ne dois pas les faire connaître ici, car je ne traite maintenant de ces tumeurs qu'au point de vue de l'étiologie.

Symptômes. — Je vais dire d'abord ce qu'il y a de plus général sur la symptomatologie. En traitant des variétés, je compléterai le tableau, surtout quand je décrirai le *bubon inflammatoire*.

Le bubon est quelquefois précédé par une fièvre marquée, et cette réaction ne cesse que quand arrive la suppuration. Chez les sujets chargés d'embonpoint, surtout chez les femmes, la fièvre dure quelquefois depuis plusieurs jours sans qu'on se doute du bubon, principalement quand il est petit. La tumeur est généralement oblongue, son grand axe suit la direction du pli de l'aine. Dans les autres régions, au pli du coude, à l'aisselle, le bubon affecte plutôt la forme globuleuse. Si la tumeur n'est formée que par un ganglion, et si l'inflammation l'a déjà envahie, elle est égale, uniforme ; si, au contraire, plusieurs ganglions sont affectés, et si l'inflammation n'est pas encore intervenue, la tumeur est plus ou moins bosselée. Quelquefois elle est divisée en deux segments, un supérieur, l'autre inférieur ; cette disposition s'observe quand le tissu cellulaire très-dense du pli de l'aine a résisté au développement ganglionnaire ; il se fait alors, dans cette direction, une espèce d'étranglement, une dépression, et le développement s'opère du côté de l'abdomen et du côté de la cuisse, là où les adhérences de la peau sont moins serrées.

Variétés. — On a établi un grand nombre de variétés de bubons, selon qu'on a considéré la cause et son mécanisme, ou bien les phénomènes, les symptômes qu'offrent ces tumeurs. Je ne décrirai que deux variétés : le bubon inflammatoire et le bubon non inflammatoire ou indolent, et en faisant l'histoire de ces deux bubons, je signalerai les autres qui deviendront alors des sous-variétés.

1° *Bubon inflammatoire*. — Ce bubon est dû, en général, à l'action du virus syphilitique sur une partie du système lymphatique ; c'est le *bubon d'absorption* par excellence. Mais l'absorption s'exerce sur une surface ulcérée, sur une surface enflammée et sur une surface saine. Dans ce dernier cas, le bubon est appelé *bubon d'emblée*. J'ai déjà dit qu'il était admis par Hunter, prouvé par le raisonnement et constaté par les faits cliniques, par l'expérimentation. Quelle que soit la surface d'absorption, le virus va, en général, directement aux ganglions lymphatiques, en passant par les vaisseaux afférents. Ces vaisseaux ne réagissent pas ordinairement sur le poison qui les traverse ; s'ils réagissent, il survient une angioleucite virulente qui peut être considérée comme un bubon des vaisseaux lymphatiques. Il est bon de noter ici la possibilité du passage du virus dans les vaisseaux lymphatiques sans infec-

tion obligée de ces vaisseaux, de dire que ce fait est admis par les syphiliographes qui nient le bubon d'emblée, et cela parce que le virus ne peut pénétrer nos tissus sans les ulcérer ! Or ici on voit le même agent parcourir les vaisseaux lymphatiques, les laissant presque toujours intacts.

On a prétendu qu'un seul ganglion était affecté, dans le bubon d'absorption, excepté dans les cas de chancres très-larges qui pourraient avoir des rapports avec un grand nombre de vaisseaux lymphatiques. Il y a dans mon service un malade qui portait des chancres à la verge ; il s'inocula du pus de ces chancres par une gerçure d'un doigt ; là survint un chancre presque imperceptible, et cependant il a donné lieu à un bubon au pli du bras et à un bubon à l'aisselle. On voit ici que le virus a dépassé de beaucoup le premier ganglion qu'il a rencontré ; une autre erreur est celle qui veut qu'au delà du vaisseau et du ganglion lymphatique le virus perde la faculté de s'inoculer, de se transmettre. Une fois entré dans les voies de la circulation sanguine, ce virus pourrait encore produire des effets sur l'individu même qui l'a absorbé, mais non sur un autre individu, car ces effets, qui sont les accidents secondaires, ne seraient ni inoculables ni contagieux. Cette grave erreur, contre laquelle les faits cliniques protestaient chaque jour inutilement, vient d'être ruinée par l'expérimentation. En effet, il a été prouvé qu'on pouvait donner la vérole à un individu sain, non-seulement avec les sécrétions morbides fournies par les accidents secondaires, mais avec le sang de l'individu porteur de ces mêmes accidents. Du reste, qui peut dire que le virus n'arrive au ganglion que par les vaisseaux lymphatiques? Tout prouve au contraire que ce poison peut passer directement dans le sang et se répandre avec lui dans tout l'organisme.

Le bubon peut aussi survenir indépendamment de toute action spécifique, syphilitique ; on dit alors que d'un chancre ou d'une surface enflammée sont partis des *rayons inflammatoires* qui atteignent les ganglions : c'est le *bubon par extension*. Le *bubon sympathique* serait produit par une irritation qui retentirait du point primitivement affecté jusqu'au ganglion. Pour le dire en passant, on a singulièrement abusé de ce *retentissement sympathique*. Ce bubon pourrait se produire pendant l'existence d'un chancre et pendant l'existence d'une inflammation sur un point du tégument où naissent des vaisseaux lymphatiques destinés aux ganglions affectés ce qui peut être admis avec les idées qu'on se fait, en général, sur les sympathies morbides; mais ce qui est difficile, ou, pour mieux dire, impossible à admettre, c'est le bubon sympathique sans point de départ morbide. Ainsi, quand on a observé des

bubons, sans lésion préalable aucune des parties génitales, sans ulcération, sans inflammation, on a prétendu qu'ils étaient sympathiques! Mais sympathiques de quoi? Où est le point de départ de la sympathie? qui l'envoie au ganglion? On finit par répondre que c'est le coït, lequel quelquefois n'a eu lieu qu'une fois! Et cela pour refuser d'admettre l'absorption du virus syphilitique par une surface saine, c'est-à-dire pour fermer les yeux à la lumière!

Quoi qu'il en soit, les bubons par extension, les bubons sympathiques, ne seraient, je le répète, que des accidents inflammatoires et non syphilitiques; comparés aux bubons d'absorption, ils pourraient être considérés comme bénins, car ils ne recèlent pas de virus, ils ne sont pas inoculables, tandis que les bubons d'absorption s'inoculent. On remarquera que les bubons par extension, par propagation des rayons inflammatoires, ceux qui sont considérés comme les plus fréquents parmi les bubons bénins, arrivent précisément dans des cas où le chancre est très-peu enflammé, souvent quand il est cicatrisé et presque jamais quand l'ulcération subit une vraie complication inflammatoire, dans les cas de plaies, de déchirures, d'inflammations traumatiques des parties génitales. Voyez ce qui se passe après les opérations pratiquées sur la verge, comme extirpations, ligatures, cautérisations pour excroissances, cautérisations quelquefois profondes, incisions, excisions du prépuce faites sans méthode ou par les procédés les plus irréguliers : eh bien, ces lésions de la verge qui déterminent toutes une inflammation plus intense que les chancres ordinaires, ne sont cependant suivies d'aucune adénite, d'aucun bubon par extension ni par sympathie; d'où je conclus qu'il n'y a rien de plus rare que ce qu'on a appelé *bubon bénin*, c'est-à-dire l'adénite qui serait simplement inflammatoire, soit par extension, soit par sympathie. Je crois même que cette dernière, celle qui est sans point de départ morbide, est tout à fait supposée.

Je vais décrire maintenant les diverses phases du bubon inflammatoire. On verra encore naître ici des sous-variétés qui ont été décrites séparément par certains auteurs.

Il y a quelquefois une fièvre qui prélude au bubon inflammatoire et qui persiste pendant la période de progrès. Il s'agit alors, comme je l'ai déjà dit, d'un bubon d'emblée. Le malade sent ou accuse quelque chose d'inaccoutumé dans la région qui doit être le siége de la tumeur inflammatoire; il survient enfin une douleur, ou bien celle-ci se répand le long de la cuisse; il y a de la gêne, de la difficulté dans la marche. Le ganglion ou les ganglions se tuméfient; ils conservent d'abord quelque mobilité, qu'ils perdent peu à peu; la tumeur enfin se *mar-*

ronne. La période phlegmoneuse est déjà commencée; car, en même temps que les ganglions se développent, dans le plus grand nombre des cas, le tissu cellulaire s'affecte et conçoit l'inflammation dont les progrès sont plus rapides alors. La tumeur offre une élasticité qui diffère de l'empâtement induré des ganglions et du tissu cellulaire. La peau se colore en rouge foncé ou violacé au centre ou sur toute la tumeur.

Généralement la douleur s'exaspère et s'irradie en divers sens, ou bien elle n'augmente pas. La violence de ce symptôme n'est pas toujours en rapport avec la vivacité de l'inflammation. A la rigueur, on peut encore espérer de résoudre ces tumeurs et d'éviter les suppurations, surtout si le repos peut être complet, absolu.

Les phénomènes inflammatoires sont plus prononcés et ont un plus grand retentissement quand les ganglions affectés sont profonds; leur développement est alors gêné par des plans aponévrotiques qui les brident, ce qui produit quelques phénomènes de l'étranglement. Si l'inflammation persiste, et c'est ce qui arrive le plus souvent, le pus se forme et le *bubon suppuré* existe. Dans le plus grand nombre des cas, c'est dans le tissu cellulaire que l'humeur se forme, s'agglomère; alors la fluctuation est facilement, promptement constatée, car le liquide est plus superficiel et l'abcès est uniloculaire. La peau est d'un rouge foncé ou violet. Quand la suppuration, au lieu d'être péri-ganglionnaire, est intra-ganglionnaire, le pus peut d'abord former plusieurs petits foyers dans l'organe; il est alors difficile de constater sa présence, à cause de cette circonstance et parce qu'il est plus éloigné de la peau. Plus tard, il s'agglomère dans une seule cavité creusée dans le ganglion, et l'on peut, à travers un empâtement, une certaine épaisseur des parties, constater la fluctuation, laquelle devient plus évidente dès que le foyer intra-ganglionnaire communique avec le pus du tissu cellulaire entourant le ganglion.

Le pus, une fois formé et collectionné, la fièvre générale et locale cesse, les mouvements de la cuisse deviennent moins difficiles. Mais la peau se dénude, s'amincit, se colore davantage, et si, dans les premiers temps de la suppuration, il pouvait rester encore quelque espérance de voir la tumeur disparaître sans solution de continuité, cette espérance est alors tout à fait perdue : en effet, si la tumeur n'est pas ouverte, elle s'ouvrira spontanément. Dans les cas d'inflammation vive, aiguë, le pus a les caractères de celui qu'on appelle de bonne nature, du pus phlegmoneux; s'il y a eu une certaine lenteur dans la marche de l'inflammation, et si celle-ci a été comme arrêtée de temps en temps, ce qui arrive souvent quand elle sévit sur les ganglions, alors le pus est séreux, mal lié, grumeleux. Ce produit morbide peut revêtir

ce double caractère, dans les cas de suppuration simultanée du ganglion et du tissu cellulaire qui l'entoure. Dans tous les cas, il peut être plus ou moins sanguinolent : il arrive même quelquefois que le tissu cellulaire péri-ganglionnaire ne renferme que du sang.

Que l'art soit intervenu ou non, qu'on ait temporisé ou qu'on se soit hâté d'ouvrir la tumeur, la solution de continuité peut revêtir les caractères du chancre ; c'est alors ce qu'on appelle le *chancre ganglionnaire,* lequel peut offrir les différents aspects qui ont servi à établir les variétés de chancres. Ainsi cette solution de continuité aura l'aspect du chancre vulgaire ou sera plus indurée, plus épaissie à sa base, sur ses bords, et correspondra au chancre induré ; enfin des portions gangrenées pourront se détacher, l'ulcération marchera rapidement sur un ou plusieurs points, et se montrera rebelle à toute thérapeutique ; on aura par conséquent le chancre phagédénique sous ses formes diverses : et ici ce seront les mêmes circonstances hygiéniques, idiosyncrasiques, thérapeutiques, qui auront de l'influence sur les caractères que prendra l'ulcération, absolument comme je l'ai noté quand j'ai recherché les causes de déviation de ce qu'on a appelé *chancre régulier.*

Si c'est par le bistouri ou la lancette que le pus a été évacué, si cette opération a été pratiquée en temps opportun et par le procédé que je décrirai plus tard, il y a de grandes chances pour que la peau recouvre ses adhérences naturelles et que la réparation de la solution de continuité se fasse rapidement sans laisser de stigmate. Dans les cas contraires, ou on attend que l'organisme seul procède à l'évacuation du produit morbide, ou quand cette ouverture est faite trop tard et par des procédés vicieux, la peau ne reprend pas ses adhérences ou elles ne se rétablissent qu'incomplétement ; elle se mortifie plus ou moins, il y a une grande perte de substance ou plusieurs ouvertures, lesquelles restent longtemps fistuleuses. Dans les deux cas, la réparation sera tardive, vicieuse et laissera une cicatrice enfoncée, inégale, difforme, accusant un acte, un événement que le malade, dans le plus grand nombre des cas, voudrait cacher.

2° *Bubon non inflammatoire ou indolent.*—Il est ordinairement formé par la réunion de plusieurs ganglions engorgés, mobiles, non douloureux et souvent aussi par des vaisseaux lymphatiques comme hypertrophiés, n'offrant, en général, dans les débuts, aucun phénomène qui puisse se rapporter à une véritable inflammation, excepté l'augmentation de volume.

On a accordé au bubon indolent une grande valeur dans le diagnostic du chancre induré. M. Ricord lui donne même le titre de *compagnon*

obligé de cette ulcération [1]. Mais il faut savoir qu'un pareil engorgement ganglionnaire peut être observé chez des sujets strumeux n'ayant jamais eu de chancre; on peut l'observer avec les autres variétés de chancres, avec celui qui a été appelé *régulier, vulgaire,* lequel est considéré comme dépourvu de toute induration spécifique : ajoutez que ce même engorgement ne diffère en rien du bubon consécutif, puisqu'il vient avec le chancre induré, lequel est lui-même un indice de l'existence de la diathèse, puisqu'on l'observe avec le cortége des accidents dits *constitutionnels*. Ces circonstances réduisent singulièrement la valeur qu'on a accordée au bubon indolent dans le diagnostic des ulcérations syphilitiques. Le bubon indolent, qu'il soit considéré comme consécutif ou comme primitif, peut passer à l'état inflammatoire; mais le pus qu'il fournit n'est pas considéré comme inoculable.

Diagnostic. — Il s'agira surtout ici du bubon de l'aine. Éliminons d'abord les hernies, les anévrismes, les abcès par congestion, ces tumeurs ayant des caractères qui les font assez facilement distinguer des bubons quand on s'est exercé au diagnostic chirurgical. La découverte de quelque plaie, de quelque déchirure, certaines inflammations cutanées, un furoncle sur un des points qui correspondent à la naissance des vaisseaux lymphatiques se rendant aux ganglions de l'aine, la connaissance de ces lésions empêchera de confondre les engorgements ganglionnaires qui en sont la conséquence avec les bubons syphilitiques. Les difficultés ne sont pas grandes, quand existent, avec le bubon, d'autres accidents syphilitiques : si ceux-ci sont consécutifs, le bubon est constitutionnel, diathésique; si les accidents sont primitifs, le bubon pourra être indolent dans les cas de chancre induré, ou avoir des caractères inflammatoires si le chancre est, comme on le dit, vulgaire, régulier. Les difficultés sont réelles et difficiles à lever quand on ne peut découvrir le point de départ de l'inflammation qui a gagné le ganglion, quand rien sur aucun point du tégument n'indique que le virus a pénétré dans l'économie, quand enfin il y a bubon d'emblée. On croit pouvoir lever ces difficultés par l'inoculation : elle aurait pour résultat un chancre, si le bubon est syphilitique; elle échouerait dans les cas contraires. Mais d'abord ce procédé n'est applicable que dans les cas où il y a déjà suppuration; or on peut avoir intérêt à connaître la nature de la tumeur avant cette terminaison, et, même à cette époque, l'inoculation est difficile et incertaine : en effet, dans un cas de véritable bubon syphilitique, la suppuration peut n'envahir que le tissu cellulaire péri-ganglionnaire,

[1] Additions à Hunter, p. 552, 2e édition.

quand on croit que l'organe lui-même a suppuré; le résultat de l'inoculation est donc nul, car ce n'est que le pus ganglionnaire qui porte le virus. Si l'on dépasse la sphère cellulaire et qu'on arrive à un ganglion suppuré, on n'a pas encore la certitude de recueillir du virus, car le bubon peut être composé de deux ganglions qui ne suppureront pas de la même manière, c'est-à-dire qui renfermeront chacun un pus différent : celui auquel vous vous serez adressé sera peut être précisément le ganglion qui ne contient pas le pus spécifique, d'où un nouvel insuccès de l'inoculation, et cela précisément dans un cas où il y a réellement bubon virulent. Bien plus, vous n'avez pas même la certitude d'obtenir du virus en puisant dans un ganglion dont la suppuration a été spécifique, car vous pourriez arriver trop tard, c'est-à-dire à l'époque de réparation, quand le pus qui est sécrété n'est plus virulent. Ainsi donc l'inoculation ne lève aucune difficulté ; elle en créerait plutôt. C'est surtout à la clinique qu'il faut demander les lumières nécessaires au diagnostic ; c'est de la réunion de certains caractères pris dans l'ensemble de l'économie et dans la localité, dans les antécédents, que sortira la vérité pratique. En dernière analyse, quelle est la tumeur qu'on peut confondre avec le bubon? C'est la tumeur scrofuleuse. Eh bien, la tumeur scrofuleuse, ou, si l'on aime mieux, le bubon strumeux, survient sur un sujet qui a des antécédents d'enfance, de puberté, de jeunesse dont la signification est connue, et un organisme portant une empreinte qui ne trompe pas ceux qui ont fait quelques études sur les tempéraments. D'ailleurs il est rare alors que la tumeur de l'aine soit seule ; elle est plus ou moins répétée dans une autre région, au cou, par exemple; et, même à l'aine, elle est plus ou moins doublée par le développement des ganglions profonds de cette région et de ceux du bassin : en effet, il est rare que le bubon strumeux ne soit formé que par les ganglions sous-aponévrotiques. La marche, le développement du bubon dont il s'agit ressemblent à la marche, au développement des autres tumeurs strumeuses. L'engorgement commence par un ou deux ganglions, il se forme lentement, sans douleur réelle ou avec une douleur sourde. Cette indolence persiste longtemps et la peau reste tout ce temps intacte, sa couleur ne change même pas. Mais sous l'influence d'une cause physique, d'une excitation de l'organisme, quelquefois sans qu'on puisse accuser aucune cause, l'inflammation envahit les ganglions déjà engorgés; il se manifeste une douleur vive, ou bien celle qui était sourde s'exaspère; il y a rougeur érysipélateuse de la peau, empâtement du tissu cellulaire. Ces phénomènes peuvent n'être que passagers et la tumeur peut ainsi se réchauffer plusieurs fois. Elle finit par se ramollir, et il se forme non un seul,

mais plusieurs foyers qui sont en rapport avec les lobes représentés par les divers ganglions malades : or comme les ganglions profonds de l'aine et ceux du bassin peuvent être affectés en même temps que les superficiels, la suppuration peut être très-profonde.

On a vu, quand j'ai décrit le bubon inflammatoire tendant à la suppuration, que les choses ne se passaient pas ainsi. La tumeur de ce bubon est bien limitée, sa marche est aiguë, la suppuration est rapide, et il ne se forme ordinairement qu'un foyer. Le pus n'offre pas, après l'ouverture du bubon, cette dégradation successive du pus strumeux, lequel est d'abord assez épais et bien lié, puis à demi séreux avec flocons, et devient toujours plus liquide et rougeâtre.

Une fois le bubon ouvert, strumeux ou vénérien, il se forme une ulcération qui peut, dans les deux cas, avoir des caractères analogues, mais aussi avec des différences que je ferai ressortir. Le fond des deux ulcérations peut être fongueux et d'un gris blafard. Mais dans l'ulcère du bubon vénérien, c'est une fausse membrane qui représente ce fond, et on peut l'enlever par un doux frottement; alors la couleur de la solution de continuité est d'un rouge plus ou moins vif. Dans le bubon strumeux, le fond de l'ulcération est au contraire formé par le ganglion lui-même, lequel est plus ou moins fongueux et porte cette couleur grisâtre qu'il n'est pas possible de faire disparaître, même momentanément. Ces ganglions, plus ou moins hypertrophiés, s'élèvent quelquefois au-dessus du niveau de la peau et opposent un obstacle très-grand à la réparation. De plus, la peau qui est autour de l'ulcération est amincie, sans rougeur, mais avec une coloration plus ou moins livide. Quand l'ulcération est vénérienne, il y a toujours plus ou moins de turgescence inflammatoire, et le tissu cellulaire du fond, celui qui double la peau, est plus ou moins rigide; le ganglion n'est pas à nu comme tantôt. D'ailleurs l'ulcération vénérienne fait dans les commencements de rapides progrès pour s'arrêter ensuite brusquement et marcher plus tard avec rapidité vers la réparation. C'es le contraire pour l'ulcération strumeuse qui s'établit, s'agrandit avec lenteur et se répare encore plus lentement.

Mais malheureusement les deux vices se mêlent quelquefois, et le bubon peut être en même temps vénérien et strumeux, ce qui complique beaucoup le diagnostic. Hunter disait très-bien : «Il est des bubons qui ne sont rien autre chose qu'une glande douée d'une disposition scrofuleuse, dans laquelle l'action morbide a été déterminée par l'irritation vénérienne [1]. » On voit quelquefois un bubon ayant pour an-

[1] *Du bubon*, chap. IV.

técédent un chancre à la verge ou une blennorrhagie urétrale s'enflammer, suppurer et s'ouvrir comme un bubon syphilitique ; puis l'engorgement strumeux se manifeste et il revêt les caractères que j'ai décrits. Ici l'accident vénérien, du côté de la verge, a mis en jeu la disposition scrofuleuse des ganglions de l'aine et a donné à l'adénite strumeuse un caractère d'acuïté qu'elle n'a pas quand l'irritation vénérienne n'est pas intervenue. Il est des cas où le bubon est réellement vénérien ; son début, sa marche, l'ulcération qui s'empare de la peau, tout le prouve : il y a alors évidemment ce qu'on a appelé un chancre ganglionnaire. Mais la scrofule, qui était pour ainsi dire restée jusqu'alors à l'état virtuel, entre en action et peut alors produire deux effets : elle peut compliquer l'ulcère vénérien, lui faire subir une déviation qui le transforme en ulcère phagédénique, ce qui est très-grave ; ou bien les symptômes vénériens disparaissent, la scrofule prend le dessus, l'ulcération, la tumeur, revêtent les caractères que j'ai assignés tantôt au bubon strumeux ulcéré [1].

On voit par ce que je viens de dire que les difficultés du diagnostic sont réelles, et il n'est pas possible dans l'état de la science de les lever toutes. Mais la connaissance de ces difficultés avertira au moins le jeune médecin d'être réservé dans l'énoncé de son opinion et prudent dans sa thérapeutique, dans ses paroles devant les intéressés et devant la justice. Ainsi, ce qu'il faut éviter ici, c'est d'être trop absolu : quand il s'agit du traitement, on ne devra pas s'opiniâtrer à administrer le mercure si plusieurs tâtonnements n'ont pas été heureux. On devra se rappeler alors la possibilité d'une complication strumeuse et agir en conséquence.

Pronostic. — Le pronostic est tout à fait indiqué par l'exposé que j'ai pu faire des différents bubons et de leurs complications. La plus terrible de toutes est la complication strumeuse qui fait passer l'ulcération du bubon à l'état de chancre phagédénique. C'est alors qu'on voit les larges dénudations de l'aine qui s'étendent quelquefois jusqu'à la cuisse, qui envahissent même une partie de l'abdomen et épuisent le malheureux malade par les souffrances et l'abondance de la suppuration.

Traitement. — Nicolas Massa conseillait de laisser suppurer les bubons qu'il considérait alors comme des espèces d'émonctoires destinés à rejeter le poison et à rendre moins probables les accidents consécutifs, la vérole confirmée. Cette opinion, d'autres diront cette erreur,

[1] Voyez sur ce sujet un travail de M. Gabalda dans le *Bulletin thérapeutique*, anvier et mars 1846.

a toujours eu des partisans. Aujourd'hui même on trouve dans le livre de M. Baumès, que les sujets ayant eu des bubons suppurés ont été moins souvent affectés d'accidents consécutifs. On a répondu à cela que les bubons suppurés sont les compagnons du chancre vulgaire qui ne donne pas ordinairement la vérole. J'ai déjà prouvé que ces chancres pouvaient donner la vérole.

Pour moi, je ne traiterai pas ici la question de savoir si l'on doit faire suppurer un bubon ou s'il convient d'empêcher la suppuration; car, dans ma pensée, il y a presque impossibilité par les moyens ordinaires de la thérapeutique d'obtenir un de ces résultats. Le bubon qui devra suppurer suppurera, quoi qu'on fasse, et le bubon qui devra marcher vers la résolution se résoudra le plus souvent en dépit des suppuratifs ordinaires, excepté qu'on le violente par trop. Est-ce à dire que je propose de supprimer la thérapeutique des bubons? Nullement. Je crois, au contraire, qu'il y a un traitement préventif, un traitement palliatif et un traitement chirurgical à instituer.

1° *Moyens préventifs.* — Parmi les sujets qui portent des chancres, ce sont ceux qui négligent le plus l'hygiène, qui n'observent pas le repos, qui travaillent, qui se livrent à leur plaisir, ce sont ceux-là chez lesquels on observe le plus souvent des bubons. Il y a, sous le rapport de la fréquence de cet accident, une différence marquée entre la population ouvrière qui fréquente nos hôpitaux et les malades que nous traitons en ville. Ce fait d'observation, que j'ai déjà signalé en traitant de l'étiologie, devra engager le praticien à recommander l'hygiène au malade, à lui faire au moins éviter la fatigue, à lui conseiller le repos le plus possible. Un traitement local du chancre bien dirigé peut quelquefois prévenir le bubon. M. Ricord recommande de ne pas irriter le chancre. Je ferai observer cependant que cet expérimentateur a l'habitude de le cautériser et de le panser avec le vin aromatique.

2° *Moyens abortifs.* — Ce sont les applications froides, les saignées locales, la compression. On a fait aussi une espèce de cautérisation avec une solution composée de 30 grammes d'eau pour 1 gramme de perchlorure de mercure. Il faut commencer par dénuder la peau avec un vésicatoire. Cette méthode douloureuse, incertaine, est abandonnée même par ceux qui l'ont préconisée. Je reviendrai sur cette espèce de cautérisation qui est plus applicable au traitement du bubon suppuré.

On a pratiqué l'incision sous-cutanée des ganglions. Je ne connais pas les résultats obtenus. On a même été jusqu'à proposer l'incision sous-cutanée des vaisseaux lymphatiques qui vont du chancre aux ganglions. Je réponds à cela : ou l'infection des ganglions existe déjà, et alors quel sera l'avantage d'une section d'un ou plusieurs vaisseaux lympha-

tiques? ou bien l'infection n'a pas eu lieu, alors l'incision serait préventive; mais, de quoi? d'une maladie qui peut-être ne devait pas se développer! D'ailleurs, en supposant que le bubon arrive à coup sûr après un chancre, connaîtra-t-on d'avance le ganglion qui sera affecté, de quel côté il le sera? Dans tous les cas, aura-t-on la certitude d'atteindre précisément les lymphatiques du ganglion qui doit être attaqué par le virus? Sont-ce toujours et exclusivement les lymphatiques qui portent ce virus aux ganglions?

Du reste, pour savoir ce que vaut la méthode abortive, considérée en général, il faut s'enquérir, auprès de l'observation, des faits de délitescence. Existe-t-il beaucoup de ces faits? La clinique vous apprendra, au contraire, que le bubon une fois formé, c'est-à-dire l'adénite une fois établie avec plus ou moins d'inflammation du tissu cellulaire environnant, il est très-rare qu'on la voie disparaître avec la rapidité que suppose la délitescence. Je dis que c'est très-rare. Je ne prétends donc pas que ce soit impossible, car j'ai observé quelques cas exceptionnels de disparition de bubons suppurés, mais remplacés, immédiatement, par une inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire des bourses, inflammation qui, comme on le sait, est alors avec mortification du tissu cellulaire de cette région. C'était là une espèce de métastase.

Le véritable traitement est institué surtout pour trois formes de bubons : 1° le bubon inflammatoire ; 2° le bubon suppuré ; 3° le bubon chronique indolent.

3° *Antiphlogistiques.* — Dans le traitement du bubon inflammatoire les antiphlogistiques doivent être franchement appliqués. Cette méthode peut favoriser la résolution, dans quelques cas, et restreindre souvent la sphère inflammatoire, ainsi que le foyer purulent, si l'inflammation devient réellement phlegmoneuse et si l'abcès doit en être la conséquence, si enfin le bubon suppuré doit succéder au bubon inflammatoire.

Comme dans toutes les adénites, si le sujet est jeune et vigoureux, dans le cas d'inflammation franchement aiguë, avec prodromes, avec la réaction marquée par une fièvre à forme inflammatoire, on fera bien de débuter par une saignée pour en venir ensuite à des applications de sangsues. Presque toujours, on se borne à la saignée locale, qu'on répète et qu'on rend plus ou moins abondante, selon le volume de la tumeur, sa tension, la douleur dont elle est le siége. On peut appliquer depuis dix jusqu'à quarante sangsues. La première application est la plus forte ; quand on la répète, on diminue le nombre des annélides.

Ici l'onguent mercuriel, non pas en frictions ordinaires et en petite quantité, mais par fortes couches, comme s'il s'agissait de traiter, par ce

moyen, une péritonite, cet onguent, sous cette forme et à cette dose, peut avoir un effet sédatif et réellement antiphlogistique. Mais si d'abord, c'est-à-dire le premier, le second jour, on n'obtient pas un effet marqué, si l'on se trouve dans la nécessité de continuer de pareilles applications, on risque de provoquer une salivation inquiétante. Je n'emploie donc le mercure que comme topique, et je ne crois pas qu'on doive s'adresser à tout l'organisme par les frictions. Dans tous les cas, je ne saurais croire que, quand il s'agit de bubons réels, on puisse guérir en trois ou quatre jours par les frictions mercurielles, comme le prétend Swédiaur.

Il est plus prudent de se borner, comme topique, aux cataplasmes de farine de riz, de farine de graine de lin, aux cataplasmes de semoule, de pain. On pourra les arroser de laudanum, dans les cas douloureux; et avec l'extrait de Saturne quand la douleur est peu vive. Le repos, la diète plus ou moins complète, des boissons douces, quelques légers laxatifs, compléteront le traitement du bubon imflammatoire, de l'adénite. Trop souvent, malgré ces moyens, et surtout quand ils n'ont pas été employés, la tumeur persiste avec son volume ; elle est toujours plus tendue ; elle devient rénitente, d'un rouge foncé. La fièvre persiste, la rougeur est plus prononcée, et bientôt vient une douleur pulsative non interrompue. Il y a de la moiteur à la peau. Le phlegmon existe alors, et l'abcès est immanquable. Quand la collection est formée, et que la fluctuation l'a dénoncée, faut-il ouvrir la tumeur ou confier ce soin à la nature?

4° *Ouverture spontanée du bubon.* — De tout temps, il y a eu des praticiens qui ont préféré confier à l'organisme seul le soin d'ouvrir la tumeur et d'évacuer le pus. Swédiaur, qui conseille surtout cette pratique, prétend que les abcès ainsi abandonnés aux forces de la nature se *consolident* plus rapidement, et, après leur guérison, la cicatrice est moins difforme. Cependant Swédiaur est moins absolu qu'on ne le dit généralement dans les livres : il y a, selon lui, des cas où le chirurgien doit dilater l'ouverture naturelle, et des cas même où il doit pratiquer l'ouverture artificielle. Quoi qu'il en soit, c'est Swédiaur qui est ici à la tête des *naturistes*, et c'est lui qui a le mieux formulé les arguments qu'il croit favorables à l'expectation. Pour la promptitude de la *consolidation*, c'est-à-dire de la guérison, on peut répondre qu'en laissant séjourner le pus, en favorisant la dénudation du ganglion et sa suppuration dans les cas où le tissu cellulaire ambiant est seul enflammé, en permettant que le foyer s'agrandisse, que l'abcès qui n'est jamais simple, se complique encore, on retarde nécessairement la guérison. Quant à la difformité, je puis être encore plus explicite; je puis avancer et prouver qu'il y a une grande différence entre le procédé naturel et le procédé chirurgical, tel que je le pratique, bien entendu.

En effet, dans le plus grand nombre des cas, l'ouverture spontanée n'a lieu qu'après un décollement, un amincissement de la peau ; cette perforation, d'ailleurs, n'est autre chose qu'une forme de la mortification, et autour de cette première perte de substance il y a une portion de peau plus ou moins considérable qui est près de se mortifier, qui se mortifie le plus souvent ; de là un agrandissement de la première brèche ou formation d'autres ouvertures. Dans les cas les plus favorables, cette peau ne se recollera que très-tard. S'il ne s'opère qu'une ouverture, elle s'agrandit inégalement ; ses bords amincis, anguleux, s'affaissent et se dirigent vers le fond de l'abcès. S'il y a eu plusieurs ouvertures, elles se confondent souvent en une large brèche inégale qui n'est jamais complétement comblée par la peau environnante, et il se forme là un tissu inodulaire, une cicatrice inégale, déprimée, étoilée, manifestement difforme. Quand les ouvertures ne se confondent pas en une seule, elles deviennent la cause d'une fistule difficile à guérir. Ces effets peuvent principalement être observés chez les malades qui n'ont reçu aucun soin, qui n'ont pas même gardé le repos, qui ont travaillé, marché. La région alors a été soumise à des mouvements, à des frottements de nature à faciliter le décollement de la peau. On verra, sous peu, que l'ouverture ou les ouvertures que je substitue à celles de l'organisme, n'ont pas ces inconvénients, ne laissent pas à leur place ces difformités. Mais, avant de décrire ma méthode, je dois exposer rapidement et juger celles qui l'ont précédée et qui lui sont encore préférées par d'autres praticiens.

5° *Vésicatoire pansé avec le perchlorure de mercure.* — Une méthode qui a été mal jugée et mal appliquée, surtout à Paris, est celle de M. Malapert. Ce médecin se proposait bien d'ouvrir le bubon suppuré avec une solution concentrée de perchlorure de mercure ; mais il voulait surtout agir sur le foyer, pour le modifier spécifiquement ; il croyait en faire autant pour tout l'organisme. Ainsi M. Malapert se proposait de remplir une double indication, et son traitement était en même temps local et antidiathésique. M. Reynaud (de Toulon), qui a le mieux et le plus souvent employé le moyen de M. Malapert, ne l'applique que dans l'intention d'ouvrir et d'évacuer le bubon avec plus d'avantage que par les autres procédés. C'est à ce point de vue seulement que je me propose de le juger ici. Voici donc le procédé.

Dès que la suppuration du bubon est constatée, un vésicatoire de la grandeur d'une pièce de 50 centimes à 1 franc, suivant le volume de la tumeur, est appliqué sur le point fluctuant. On ouvre la phlyctène et, sur le derme dénudé, on met un plumasseau imbibé dans la solution de perchlorure de mercure, de 1 gramme pour 30 grammes de

liquide. Deux heures après, il existe déjà une escarre superficielle ; si elle n'est pas entièrement formée, nouveau plumasseau imprégné du même liquide, cataplasme émollient. Trente-six ou quarante-huit heures après la formation de l'escarre, dès qu'elle se détache, il s'opère une filtration purulente par les fissures. Le liquide coule plus abondamment à mesure que l'escarre se détache par plusieurs points ; après sa chute, le foyer est quelquefois entièrement vidé. Pendant la sortie du liquide, les parois du foyer reviennent sur elles-mêmes et la cavité de l'abcès s'efface.

Il est évident qu'une pareille cautérisation ne peut être rationnellement employée que dans les cas de suppuration superficielle et peu étendue, et même, quand l'abcès est sous-cutané, on se trouve quelquefois dans la nécessité de revenir à une seconde application du plumasseau caustique, ce qui est une nouvelle douleur. Il faut donc, pour employer le procédé Malapert, attendre que la suppuration soit déjà un peu ancienne, qu'il y ait, par conséquent, plus ou moins de décollement, plus ou moins de dénudation de la peau ; aussi n'est-il pas rare de voir l'escarre se détacher assez rapidement et l'ouverture qu'elle laisse s'agrandir par le fait de la mortification des téguments d'abord seulement amincis. Enfin ce procédé peut avoir les inconvénients que j'ai reprochés au procédé naturel, à l'ouverture spontanée. Si l'abcès est profond, si le pus est dans le ganglion, on comprend les difficultés, l'impossibilité même d'arriver jusqu'à lui par une cautérisation aussi superficielle. Ajoutez que, si le foyer est multiple, on peut n'évacuer qu'une partie du pus et se voir dans l'obligation de renouveler et le vésicatoire et le plumasseau, c'est-à-dire de renouveler une double douleur pour en finir, si l'on en finit.

On le voit, les avantages supposés de ce moyen sont : 1° de vider peu à peu l'abcès pour permettre aux parois du foyer de revenir sur elles-mêmes ; 2° d'animer l'intérieur de ce foyer pour faciliter l'adhésion de ses parois. Je crois le premier avantage réel ; mais selon moi, on peut l'obtenir plus facilement, plus sûrement et avec moins de douleur par les ponctions que je ferai connaître. Quant au second avantage, je dirai que l'intérieur du foyer est toujours assez animé pour que l'adhésion de ses parois ait lieu ; quand elle ne s'opère pas, on doit l'attribuer à toute autre cause qu'à l'inertie.

6° *Petits cautères à roseau.* — Au lieu de perforer avec la solution caustique, M. Reynaud se sert souvent de petits cautères à roseau qu'il chauffe à blanc et avec lesquels il fait des ponctions multiples. On vient d'employer ce moyen contre les bubons strumeux. Ce n'est pas d'aujourd'hui que le feu est ainsi appliqué ; il fait partie, depuis long-

temps de la thérapeutique des abcès en général, surtout des abcès froids. On a pour but d'ouvrir la cavité purulente, de modifier en même temps ses parois pour faciliter leur rapprochement, leur adhésion. Ce procédé est plus rapide que celui par le vésicatoire; il est douloureux, mais il ne produit pas deux douleurs comme celui auquel je le compare. Cependant, même par ces petits cautères, on produit une perte de substance qui laisse une brèche s'agrandissant par la mortification de la peau environnante. Ainsi on n'évite pas la difformité ou les difformités qui suivent la guérison. D'ailleurs M. Reynaud, de Toulon, qui a préconisé et beaucoup employé ce moyen, avoue franchement qu'il observait, après ces petites cautérisations, des décollements, des destructions de la peau, des solutions de continuité compliquées quelquefois de la pourriture d'hôpital. Quoiqu'il soit plus facile de manier ces petits roseaux que la solution de perchlorure, on ne peut jamais faire avec eux ce qu'on exécute avec la pointe d'un bistouri ou avec une lancette : ainsi on ne peut guère, avec le fer chaud, pratiquer, d'un coup, des ponctions profondes, encore moins des ponctions à trajet oblique.

7° *Potasse. — Pâte de Vienne.* — La potasse seule, la pâte de Vienne, sont employées dans le but d'ouvrir largement un foyer, de le modifier profondément et de détruire des portions de peau, des ganglions depuis longtemps malades. C'est surtout dans les cas de bubons indolents avec complication strumeuse que ces caustiques sont appliqués. On en fait des traînées qui creusent de longues et profondes tranchées, lesquelles se comblent difficilement et dont la trace accusatrice est très-apparente. Or un pareil stigmate, et dans une pareille région, peut avoir des conséquences graves. Et il ne faudrait pas croire que l'homme élégant, que la femme coquette, soient les seuls à redouter de porter de pareilles traces, de pareils souvenirs; dans le peuple même, dans la classe, en apparence, la plus insoucieuse pour tout ce qui tient à certains souvenirs, on trouve quelquefois des individus qui sont très-chagrins de porter une difformité ayant une pareille origine.

8° *Incisions. — Excisions.* — Dans tous les temps, le caustique a été remplacé par le bistouri; on a pratiqué des incisions plus ou moins étendues et l'on a excisé les portions de peau assez altérées pour retarder la cicatrisation. Ces grandes incisions avec ou sans retranchement des lambeaux ont, la plupart, des inconvénients attachés aux cautérisations faites comme je viens de le dire. Mais on manie plus facilement le bistouri que le caustique, et je préférerais extirper une peau décollée, peu vivante, un ganglion mettant obstacle à la réparation, que d'agir sur ces parties avec la pâte de Vienne. D'ailleurs, par

cela même qu'avec le bistouri il est impossible de pratiquer des plaies avec une certaine régularité, on peut espérer une cicatrice moins inégale, moins difforme, qu'après la cautérisation.

9° *Ponctions simples et multiples. — Procédé de l'auteur.* — Comme on le pense bien, je ne poserai pas ici la question de priorité pour la résoudre en ma faveur. J'écris pour le praticien qui se soucie fort peu, peut-être, de connaître la main qui lui offre un moyen thérapeutique. Ce qu'il veut savoir, avant tout, c'est s'il est efficace et comment il doit être employé. Je me bornerai donc à dire que déjà, dans la première édition de mon livre de chirurgie, j'ai recommandé les petites incisions, les ponctions avec la lancette, et que ma prétention se borne à fournir des arguments en faveur de cette pratique et à l'enseigner avec plus de détails que les autres. Je passe donc immédiatement au *modus faciendi,* au procédé qui fait la base de ma pratique.

On commence par raser la tumeur s'il y a lieu. Comme il est rare qu'un bubon n'ait pas subi au moins un emplâtre, on devra enlever ses restes. L'instrument est un bistouri droit, aigu, dont la lame n'est pas plus large que celle d'un canif; ou bien on se sert d'une lancette. Si la suppuration n'est pas étendue, si l'abcès est récent, on ne fait qu'une ponction ou une incision de 1 centimètre sur le point fluctuant. C'est quelquefois alors un seul ganglion qui a suppuré et que l'on vide ainsi du pus qu'il contient; les autres ganglions voisins ne sont qu'engorgés; s'ils suppurent plus tard, on les traite comme le précédent. On peut ainsi ouvrir, ponctionner successivement jusqu'à quatre ganglions. Ce sont surtout les bubons qui surviennent chez les scrofuleux qui présentent cette particularité et qu'il faut traiter par les ponctions successives. Quand la suppuration est intra-ganglionnaire, elle est plus difficile à constater, parce qu'elle est plus profonde; il faut aller plus profondément pour atteindre le foyer. C'est une nouvelle raison pour préférer la ponction au caustique; car, avec le bistouri dont j'ai déjà parlé, on va, d'un coup, où l'on veut, et cet instrument peut servir à pratiquer une ponction exploratrice.

Si le foyer purulent est plus vaste, plus superficiel, si la peau est plus ou moins décollée, on devra pratiquer plusieurs ponctions dans la même séance. Mais, au lieu de les faire sur le point le plus fluctuant, on s'éloignera du centre de la tumeur, des endroits où la peau est amincie; au lieu d'être directes, elles seront alors sous-cutanées, et l'on arrivera au pus par un chemin détourné : c'est donc vers la circonférence de la tumeur qu'on piquera d'abord, en dirigeant la pointe vers le centre du foyer. De cette manière, on divise la peau sur les points où elle est adhérente, intacte et en possession de toute sa vita-

lité. En ponctionnant la peau là où elle est amincie, dénudée, peu vivante, on s'expose à voir l'ouverture de l'instrument s'élargir par le fait de la mortification qui sera hâtée par la ponction : de là un agrandissement des ouvertures qui finissent par communiquer ensemble; elles forment alors une large brèche donnant accès à l'air, ce qui place le bubon dans les conditions désavantageuses de ceux qui ont été largement ouverts soit par l'instrument tranchant, soit par le caustique. En pratiquant les ponctions vers les points que j'ai indiqués, si l'on ne comprime pas la tumeur (il ne faut pas la comprimer pendant les premiers jours qui suivent l'opération), elle se vide peu à peu, et l'espace laissé par le pus qui sort est comblé, à mesure, par le retrait des parois du foyer. La guérison est alors beaucoup plus rapide, et elle ne laisse après elle aucune trace fâcheuse. Les cicatrices de ces ponctions ressemblent, en effet, à celles des piqûres de sangsues; elles finissent, comme celles-ci, par disparaître complétement.

Les ponctions ainsi faites, c'est-à-dire obliquement et vers la circonférence de la tumeur, creusent des trajets dont les parois reviennent quelquefois trop tôt sur elles-mêmes; alors leur oblitération a lieu avant l'évacuation complète du pus. Mais, comme on a pratiqué plusieurs ouvertures et qu'il est rare que toutes s'oblitèrent, en comprimant légèrement la tumeur une fois par jour, on vide le foyer par les ouvertures qui ont persisté. On remarquera que je conseille ici la compression que j'ai proscrite tantôt; mais on se souvient, sans doute, que c'est pendant les premiers jours qui suivent l'opération, quand le pus est encore abondant, quand les ouvertures sont parfaitement libres, que j'ai conseillé de s'abstenir de comprimer. Quelquefois toutes les ouvertures ont une grande tendance à revenir promptement sur elles-mêmes. Dans un temps, je cherchais à les maintenir béantes avec une petite mèche de charpie; je préfère aujourd'hui les laisser se fermer, pour pratiquer ensuite une ou deux ponctions, s'il reste encore du pus. Quelquefois le restant est résorbé et l'on s'abstient de renouveler les ponctions.

Les avantages de cette méthode sont évidents : 1° Elle est d'une application facile et rapide; 2° elle est moins douloureuse que les autres; 3° elle produit des guérisons plus promptes; 4° elle ne laisse aucune difformité. Je sais les objections qu'on peut lui adresser. On dira qu'elle n'est réellement avantageuse que pour les bubons sympathiques ou par extension de l'inflammation, de l'irritation des parties génitales, c'est-à-dire quand l'abcès est simple; on objectera que, dans les cas de bubons réellement syphilitiques, elle n'a plus les mêmes avantages : alors les petites ouvertures seront inoculées; elles se trans-

formeront en autant de chancres, lesquels se réunissant, se confondant, constitueront une vaste brèche ulcéreuse. D'abord les faits prouvent que l'inoculation de ces petites piqûres est très-rare, et si je comptais les bubons syphilitiques suppurés par le nombre de ceux qui, ayant été ainsi ouverts, se sont inoculés, je compterais très-peu de bubons ayant cette nature, dans mon service. Rarement il m'arrive d'observer trois fois dans l'année cette inoculation des petites plaies que nous pratiquons. Mais je ferai remarquer que, dès qu'un bubon est constaté, je fais un traitement général. D'autres diront que ceci prouve que beaucoup de bubons, même syphilitiques, produisent un pus qui n'est pas inoculable. On expliquera ce fait comme on voudra. On dira encore que je ne pénètre pas souvent jusqu'au ganglion, que je n'arrive qu'au tissu cellulaire ambiant. C'est possible. Ce que je maintiens, car ici je ne traite que la question pratique et au point de vue seulement chirurgical ; ce que je soutiens, c'est qu'en opérant comme je le fais, on guérit plus tôt les bubons et on ne laisse aucune difformité, ce qui n'a pas lieu par les autres moyens. J'ai dit que j'observais rarement l'inoculation des petites plaies ; j'ajouterai qu'il m'est arrivé de voir une ou deux plaies envahies, les autres restant à l'état simple. D'ailleurs, si toutes les plaies s'inoculent, si l'on a pour résultat un vaste chancre, on tombe dans l'inconvénient des autres méthodes, des grandes incisions, des grandes cautérisations, lesquelles, que je sache, ne sont pas à l'abri du pus virulent.

Les élèves qui ont suivi mes visites, ceux qui ont été attachés à mon service, ont pu observer et comparer mes résultats avec ceux qu'on obtient ailleurs; ces élèves savent à quoi s'en tenir sur le traitement que je propose. M. Caillaut, un de mes internes, a recueilli un nombre assez considérable d'observations qu'il doit publier.

10° *Ponction avec injection iodée.* — M. J. Roux, de Toulon, et Marchal (de Calvi), ont proposé en même temps d'injecter la poche purulente avec la combinaison iodée qu'on emploie dans le traitement radical de l'hydrocèle. On vide d'abord l'abcès par une ponction, et avec une petite seringue on introduit dans le foyer la teinture d'iode étendue de moitié d'eau. Ce mélange prend alors la place du pus, se met en rapport avec les parois de la cavité, les excite, les modifie de manière à faciliter les adhérences qui doivent effacer cette cavité. L'iode agit aussi comme fondant sur les ganglions engorgés, ce qui est un grand avantage dans les cas de complication strumeuse.

11° *Compression.* — La compression a été proposée, et comme moyen abortif et par conséquent au début des bubons, et comme moyen fondant, surtout dans les cas de bubons chroniques indolents.

En parlant du traitement abortif, j'ai assez dit qu'ils étaient impuissants, y compris les moyens de compression. Mais ici, si ces moyens sont bien supportés, si on les continue longtemps et si l'on sait les reprendre quand la tumeur tend à se reproduire, on en retire de très-bons effets dans les cas de bubons strumeux, surtout, si en même temps, on administre à l'intérieur des modificateurs en rapport avec la nature des bubons, avec la diathèse sous l'influence de laquelle ces tumeurs se sont développées. Ce sont les préparations iodées qui conviennent, et les préparations mercurielles dans les cas où le bubon indolent est un accident consécutif, un des effets du chancre induré.

Le repos est un auxiliaire précieux de la compression; le malade l'observera donc le plus possible. On comprimera avec le bandage en spica, sous lequel seront entassées des compresses graduées, ou bien on se servira d'un bandage herniaire dont la pelote devra être accommodée au volume et à la forme de la tumeur. A l'hôpital du Midi, on se sert avec succès d'un petit appareil qui a été inventé par un ancien externe. C'est une petite planchette ovale garnie de peau; entre le bois et la peau se trouve un ressort. Cette espèce de pelote est fixée par une courroie qui, partant de l'extrémité de l'ovale qu'on place à la partie interne du pli inguino-crural, se dirige vers la face interne de la cuisse, la contourne, vient, en passant sur son côté externe, gagner un coulant de fer fixé lui-même sur le bord externe de la plaque, le traverse, et, en se renversant, contourne le bassin, gagne le côté opposé du tronc, et, revenant sur la paroi antérieure de l'abdomen, descend obliquement vers la plaque compressive pour traverser une boucle située sur son côté interne, et à l'aide de laquelle l'appareil est serré autant qu'on le veut. Il faut un appareil pour chaque côté [1].

12° *Moyens divers combinés.* — Il est rare que pour le traitement du bubon, surtout de celui qui est sous forme chronique, on n'ait pas recours à divers moyens que l'on alterne, que l'on combine d'une certaine manière. Ainsi, pour le traitement du bubon indolent que M. Ricord considère comme le *compagnon obligé* du chancre induré, pour ce traitement les frictions mercurielles locales, l'emplâtre de Vigo et le traitement général doivent marcher ensemble. Selon le même expérimentateur, une combinaison bien souvent efficace dans le traitement du bubon indolent non spécifique consiste à employer le vésicatoire, l'onguent mercuriel et les cataplasmes, tant qu'on obtient de l'amélioration; mais dès qu'il y a un *statu quo*, on laisse sécher le vésicatoire pour recourir à la compression qui est à son tour continuée

[1] Ricord, *Traité pratique des maladies vénériennes*, p. 598.

tant qu'elle produit de la diminution, et abandonnée de nouveau, si elle reste sans effet, pour revenir au vésicatoire; ainsi de suite, jusqu'à entière guérison. J'ai voulu indiquer ce traitement combiné tel qu'il est formulé par M. Ricord lui-même. On remarquera peut-être l'obscurité de la formule et à coup sûr la difficulté de son exécution.

En terminant, je recommande encore le traitement général approprié à la nature de la tumeur; c'est là, en fin de compte, le meilleur des fondants, des résolutifs.

CHAPITRE VII.

VÉGÉTATIONS.

Ce sont des produits épigéniques ressemblant à certains végétaux et qui s'élèvent sur divers points du tégument.

Siége. — Le plus souvent les végétations de l'homme poussent sur la muqueuse du gland et du prépuce : chez la femme, c'est à l'entrée du vagin; on peut en trouver, et même assez fréquemment, dans le vagin même; j'en ai vu sur le col de l'utérus, autour du mamelon. Chez les deux sexes, on les trouve à l'anus, à l'urètre, surtout au commencement de ce canal; on en a observé aussi au sillon génito-crural, à l'ombilic, aux lèvres, à la bouche, à la base de la langue; j'ai vu une fois des végétations s'élever sur la muqueuse palpébrale d'un sujet qui venait d'avoir une ophthalmie blennorrhagique.

Variétés. — Toutes les végétations semblent percer le derme et s'épanouir plus ou moins. Leur mode d'insertion, leur pédicule, leur mode d'épanouissement, leur couleur, présentent des différences qui les ont fait comparer à des verrues, des poireaux, des choux-fleurs, des fraises, des framboises. Il en est qui sont sessiles qui n'ont pas de pédicule, sont peu larges et à surface fendillée; ce sont les végétations les plus pâles : on les a appelées *verrues*. Quand il y a une espèce de tige d'une ou plusieurs lignes avec renflement plus coloré en forme de tête sillonnée, c'est le *poireau*. Si de la tige partent plusieurs branches qui s'irradient pour former plusieurs bouquets réunis, c'est le *chou-fleur*. Il est d'autres végétations à renflements aussi marqués dont les pousses sont moins distinctes, les saillies moins marquées; elles sont très-rouges : on les appelle *fraises* ou *framboises*, selon que le rouge est plus ou moins prononcé (voyez pl. 4, fig. 1). D'ailleurs la forme des végétations est quelquefois dépendante du siége qu'elles occupent : ainsi, dans un prépuce un peu étroit, elles sont pressées par cette enve-

loppe et le gland, et revêtent plus ou moins la forme de crête de coq (voyez même planche, même figure) ; il en est quelquefois ainsi entre les deux fesses.

Structure. — Toutes les végétations sont plus ou moins pénétrées par le sang, surtout les dernières variétés. Par une macération prolongée, tout ce qui dépasse le niveau du tégument se décolore et est réduit en une pulpe blanchâtre sans organisation régulière et ressemblant à de l'albumine coagulée ; on l'enlève facilement par le grattage. Jetée sur des charbons ardents, cette matière se dessèche, se racornit, devient jaunâtre et répand une odeur de corne brûlée comme les productions épidermiques : en effet, M. Lebert a reconnu au microscope que les végétations ne contenaient que des cellules épidermiques et un élément vasculaire [1]. Le point d'insertion du tégument paraît avoir un peu plus d'épaisseur qu'à l'état normal ; il est plus rouge, traversé par de nombreux vaisseaux dont quelques-uns pénètrent dans la végétation. L'induration du tégument qui sert de point d'insertion aux végétations est surtout remarquable à la muqueuse du prépuce, surtout quand la maladie est ancienne. L'épiderme suit la végétation, l'enveloppe et ne se laisse pas perforer. Quelquefois la végétation n'est qu'une maladie d'un follicule muqueux ou cutané, précédée d'une tanne ; la sécrétion du follicule devient de plus en plus concrète, le follicule lui-même subit une espèce d'extroversion et offre un fond granulé sur lequel poussent des aspérités qui prennent une forme de poireau.

Symptômes. — Souvent l'apparition des végétations n'est précédée d'aucune modification de la sensibilité. Quelquefois le malade éprouve un léger prurit là où la végétation doit pousser ; ce prurit se prononce davantage et une douleur se déclare après laquelle la production apparaît. Une fois poussée, la végétation est souvent indolente, ou ne cause de la douleur que quand on l'agace. D'autres fois elle est spontanément douloureuse. Il est des cas où l'on pourrait dire que la douleur n'est pas en elle, mais que c'est la végétation qui devient cause de la douleur : ainsi quand des végétations nombreuses ou volumineuses sont renfermées dans un prépuce étroit, elles irritent, enflamment la muqueuse du gland et de son enveloppe ; agissant comme des corps étrangers, elles distendent, tiraillent le prépuce et déterminent quelquefois de cette manière de vives douleurs, de l'insomnie. On ramène le calme par le débridement de cette enveloppe, par une incision qui met à nu toute la masse végétante. C'est surtout quand la végétation

[1] *Physiologie pathologique*, t. Ier, p. 23.

est à l'abri de l'air qu'elle revêt la forme, la couleur framboisée. Elle est alors le siége d'un suintement, d'une odeur désagréable. Les végétations elles-mêmes peuvent être avec une congestion voisine de l'état inflammatoire; elles se mortifient quelquefois, c'est même là un mode de guérison. Mais comme cette mortification est partielle, la guérison n'est pas complète : reste toujours assez de *pousses* pour reproduire toute la végétation.

Complications. — Accidents. — Les symptômes vénériens que j'ai considérés comme le point de départ, la cause des végétations, peuvent être aussi des complications : ainsi, des chancres à une période plus ou moins avancée, une inflammation blennorrhagique, des pustules muqueuses, selon leur siége, leur volume. Les végétations peuvent elles-mêmes donner lieu à des accidents, empêcher des fonctions importantes : telles sont celles de l'urètre, du vagin et de la verge.

On admet généralement la possibilité de la transformation cancéreuse de la végétation. Je suis porté à croire que les végétations que l'on a considérées ainsi comme consécutivement cancéreuses l'étaient primitivement; c'est-à-dire que la végétation vénérienne n'avait pas existé.

Diagnostic. — Le diagnostic des végétations est facile quand elles peuvent être soumises d'abord aux regards de l'observateur, quand on a pu les voir naître, se développer. Mais il n'en est pas de même dans les circonstances opposées. Ce sont généralement les végétations du gland et du prépuce qui fournissent les exemples les plus fréquents d'un diagnostic difficile. Ainsi une végétation incarcérée dans un prépuce étroit à l'état de phimosis peut être d'un diagnostic très-difficile. Selon son volume, sa consistance, son insensibilité, elle peut être prise pour un chancre induré, pour une concrétion pierreuse, pour un dépôt de matière sébacée. Dans une épreuve clinique d'un concours du bureau central on donna à examiner un malade qui avait un phimosis congénital. Ce malade, déjà âgé, portait depuis très-longtemps une tumeur dans le prépuce. Par la palpation à travers la peau, cette tumeur était insensible et assez dure; par l'exploration avec un stylet introduit dans la cavité préputiale, elle ne devenait le siége d'aucune douleur et elle ne laissait pas suinter la moindre quantité de sang. La plupart des membres du jury restèrent incertains sur la nature de la tumeur, et le candidat partagea cette incertitude. L'incision du prépuce, faite plus tard, prouva qu'il s'agissait réellement d'une végétation très-ancienne et très-peu vasculaire. Dernièrement était dans mon service un jeune homme ayant dans le prépuce un

point très-induré qui représentait assez bien une masse végétante; l'apparition d'une roséole nous fit admettre qu'il s'agissait d'un chancre à base très-indurée.

Mais les cas les plus obscurs, et précisément ceux où le diagnostic a une grande importance, sont les cas de végétations anciennes dénaturées qui envahissent, ensevelissent le gland et offrent l'aspect cancéreux. Ces masses végétantes présentent alors des ramollissements sur des points, des indurations sur d'autres; la mortification en envahit une partie : de là une surface d'aspect grisâtre, de consistance inégale; de là l'écoulement d'une humeur sanieuse fétide. Si l'on ajoute à cet état local l'amaigrissement du sujet, une pâleur répandue sur toute la peau, effets des souffrances d'une suppuration prolongée, et il faut le dire, quelquefois du traitement; si l'on ajoute encore ces traits, on verra combien il est possible de confondre ces végétations avec le cancer de la verge; on ne s'étonnera pas si l'erreur a été commise : elle a pu être assez complète pour déterminer le praticien à pratiquer l'amputation de la verge. Cette erreur s'est prolongée quelquefois même après l'amputation de la verge et après la dissection de la pièce. Ce qui trompe surtout ici, c'est l'atrophie du gland déterminée par la compression de la masse végétante; elle est quelquefois telle que cette partie de la verge semble avoir disparu. Mais quand le diagnostic a été bien établi, que la masse végétante seule a été emportée, le gland revient peu à peu à sa forme et presque à son volume ordinaire. Le diagnostic, je le répète, est ici très-obscur, et l'on s'est trompé dans les deux sens. En effet, dans certains cas, on a pris pour du cancer de véritables végétations, et dans d'autres on a pris des végétations pour un cancer. La première erreur a été commise dans mon service par un de mes anciens internes qui a écrit sur les maladies vénériennes, et l'autre est due à des chirurgiens qui se décident rapidement au sacrifice d'un organe. Outre les caractères microscopiques, la végétation se distingue du cancer, quand elle a déjà été séparée de la verge, par une grande vascularisation, ce qui fait que peu de temps après son extirpation les masses enlevées diminuent de moitié. Pendant la vie, la distinction est beaucoup plus difficile, surtout si l'on n'a pas vu naître la maladie. Si l'on a assisté à ses commencements, on constate que le cancer ne pousse d'abord que par un bourgeon, ou n'apparaît d'abord que sous forme d'ulcération; autour il y a plus ou moins d'induration. La végétation est rarement seule; elle vient d'abord par plusieurs *pousses*, et autour d'elle les tissus sont souples, excepté dans les cas où elles s'élèvent sur l'induration d'un chancre. L'âge aussi doit être pris en considération. Ainsi quand le

sujet est jeune, il y a plus de chances pour que ce soit une végétation. On doit aussi avoir égard aux engorgements ganglionnaires : ainsi, dans les végétations qui ne succèdent ni au chancre ni à la blennorrhagie, il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire. Quand il y a cancer de la verge un peu avancé, il est rare qu'il n'y ait pas un ganglion engorgé très-dur et indolent avant son ramollissement. Mais ici, comme toujours, on notera cette circonstance, sans donner cependant une valeur exagérée à cet engorgement. Il n'y a rien qui trompe plus souvent le diagnostic que l'engorgement ganglionnaire.

Causes. — La blennorrhagie, la balano-posthite, le chancre, sont les causes principales des végétations : ainsi elles peuvent pousser sur un point du tégument qui n'a été qu'enflammé, sur un point excorié, sur un point qui a été ulcéré ; enfin la végétation peut être le premier symptôme de la contagion, et un des derniers, des plus tardifs. On voit la végétation qui succède immédiatement à la posthite, on sait qu'elle peut pousser sur la cicatrice d'un chancre, et elle peut naître sur le gland sans inflammation, sans ulcération préalable ; il peut en être de même pour l'anus. Comme accident consécutif, la végétation peut naître à toutes les périodes de la vérole. J'ai actuellement dans mon service trois malades qui ont des végétations à l'anus : l'un d'eux est jeune et a avoué des rapports antiphysiques ; le second a eu il y a trois mois un chancre à la verge, et le troisième a eu aussi un chancre sur le même organe, mais il est depuis cinq ans en pleine vérole et les végétations ont poussé en dernier lieu.

La végétation peut donc appartenir aux symptômes primitifs successifs, consécutifs et tardifs.

Nature. — On a contesté à la végétation sa nature syphilitique. Selon quelques syphiliographes, elle ne serait qu'un produit épigénésique né sous l'influence d'une irritation, irritation produite par une blennorrhagie, par un chancre, mais aussi sous l'influence de toute autre cause irritante, ainsi par l'humeur irritante que sécrètent les parties génitales de la femme enceinte. Je nie que toute cause irritante puisse faire naître des végétations, et il est des cas où elles poussent sans irritation préalable. On ne verra jamais naître une végétation sans antécédent, sans accident vénérien, sans rapport intime préalable. Ainsi les irritations du prépuce et du gland, sans coït préalable, ne sont pas rares chez les très-jeunes garçons ; les inflammations vulvaires sont souvent observées chez les jeunes filles vierges : eh bien, on ne voit jamais naître de végétations à cet âge et après ces inflammations. Mais s'il y a eu coït, c'est différent : alors, sous l'influence de la moindre irritation, la végétation peut pousser. D'ailleurs, la nature syphili-

tique des végétations est incontestable dans les cas où elles poussent, comme accidents consécutifs, loin du chancre qui les a précédées. Il y a encore un argument contre ceux qui prétendent que les végétations sont le résultat d'une irritation simple : c'est la propriété désespérante qu'elles ont de se reproduire.

Transmissibilité. — La transmissibilité de la végétation est un fait mis hors de doute par les observations de la plupart des syphiliographes, par celles surtout de MM. Baumès et Reynaud (de Toulon). Ce chirurgien dit, en propres termes : « Des faits incontestables sont venus prouver que la forme syphilitique dont je m'occupe (végétation), sans être aussi constamment contagieuse que les chancres, sans l'être autant que les pustules plates, est pourtant douée de la faculté de se transmettre directement [1]. » Je traite actuellement une jeune fille qui a eu son premier rapport sexuel avec un homme portant quelques végétations sous la couronne du gland ; elle a actuellement à la vulve des végétations qui n'ont été précédées d'aucun autre symptôme. Je dois dire que les végétations du jeune homme sont nées sur la cicatrice d'un chancre induré, mais deux ans après l'entière guérison de l'ulcération.

Voici un fait qui a fortement déconcerté les théoriciens absolus. Il a été observé par M. Puche, à qui M. Ricord accorde la plus grande confiance comme savant, comme observateur. L'observation est rédigée par M. Dolbeau, un des internes les plus distingués. J'ajouterai que j'ai vu plusieurs fois le malade.

Cette observation est intitulée :

Végétations situées sur la verge. — Excision suivie d'ulcères inoculables.

Rimb..., âgé de 18 ans, cultivateur, entré le 11 août 1852, salle 8e, lit n° 12. Le sujet de cette observation est un jeune homme parfaitement constitué, d'un tempérament plutôt sanguin. Jamais il n'a été malade ; jamais d'affection vénérienne d'aucune sorte ; la feuille d'observation portait : « Végétations du frein et des environs, un centimètre de chaque côté ; datant de deux mois, sans renseignements. »

Voici les détails obtenus à grande peine : Vers la fin du mois de mai dernier, le malade a eu des rapports avec une femme publique ; à la suite, sa verge est devenue rouge, tuméfiée, légèrement douloureuse. Trois semaines plus tard, de petits boutons se sont montrés et ont été

[1] *Traité pratique des maladies vénériennes*, p. 310.

l'origine de végétations. Au dire du malade, ces végétations auraient commencé de chaque côté du frein. Pendant deux mois, il y a eu une suppuration très-abondante; les végétations saignaient facilement. Depuis le mois de mai, le malade n'a plus contracté de rapports sexuels.

Du 11 août, jour de son entrée à l'hôpital, jusqu'au 22 octobre, c'est-à-dire pendant deux mois, le malade a été traité par la poudre de sabine et d'alun. Le 22 octobre, M. Puche excisa avec des ciseaux des végétations situées dans la rainure du gland et une au méat. La partie était exempte de toute ulcération; les végétations étaient rameuses, assez développées, d'une couleur rosée, parfaitement sèches. (Lotions chlorurées, coton cardé.) L'excision n'a été suivie de rien de particulier; mais, le 29 octobre, les petites plaies avaient l'aspect de chancres; la base des végétations enlevées simulant une induration.

État actuel, 30 octobre. — Il y a sur la verge 7 ulcérations: l'une d'elles occupe le méat, les autres sont situées de chaque côté du frein, 4 à gauche, 2 à droite. De plus, elles se correspondent toutes deux à deux, c'est-à-dire que, situées partie dans la rainure du gland, partie sur le repli du prépuce, elles sont disposées de telle sorte, qu'elles se touchent deux à deux. Ces ulcérations, irrégulièrement arrondies, ont l'étendue d'une très-grosse lentille : elles ont des bords taillés à pic, le fond de l'ulcère est déprimé, grisâtre, etc. : en un mot, ces ulcérations ont tous les caractères des ulcérations vénériennes. Pas de taches sur la peau, rien à l'anus. Petits ganglions inguinaux; pas de pléiades cervicales; le malade n'a jamais fait de traitement mercuriel.

2 novembre. La dureté qui forme la base de chaque ulcération subsiste, malgré l'emploi des cataplasmes. Avec une lancette propre, on inocule le pus fourni par les ulcères, à la partie supérieure et droite de l'abdomen. — 3 novembre. Rougeur autour de la piqûre, prurit. — 4. Gonflement, pustule acuminée, ayant un point noirâtre dans son milieu. — 5. La pustule a le volume d'une grosse noisette; suppuration. — 7. Apparition d'un furoncle sur le dos du pied gauche. — 9. La pustule est affaissée; la croûte noire a augmenté de volume. Cette croûte enlevée, on trouve le fond de l'ulcère déprimé, grisâtre, légèrement granulé. (Inoculation de cette ulcération à la partie gauche de l'abdomen.)

Quant aux ulcères de la verge, ils sont toujours avec une base dure; mais leur surface est plus rouge, plus saillante. Ils semblent végéter et prendre les caractères de l'*ulcus elevatum*.

10. Les ulcères de la verge sont de plus en plus proéminents; ils font un relief de 1 millimètre 1/2; ils sont rouges, granulés, grisâtres par places, saignant facilement. La surface est plus étendue que la base

d'implantation; les bords sont renversés en bas et en dehors. L'ulcération du gland, située à droite du filet, est cicatrisée. Le méat est divisé en deux par une bride transversale.

La deuxième inoculation, faite le 9, a donné lieu à une petite pustule du volume d'une lentille, avec un cercle inflammatoire et un empâtement périphérique. Elle suppure au deuxième jour, présente un petit point noir dans son centre. La première pustule d'inoculation a été plus grosse et plus engorgée que la deuxième : elle a suppuré plus lentement.

12. On a tenté l'inoculation du furoncle; insuccès.

19. Les inoculations, sous l'influence de l'emplâtre de Vigo, ont diminué d'étendue; l'engorgement disparaît en grande partie. Les ulcères de la verge restent stationnaires; l'un d'eux, à droite, est moins granuleux, sa surface s'élargit, devient grise, et simule une papule muqueuse.

30. L'une des inoculations, la seconde, est cicatrisée; l'autre diminue tous les jours. Leur base présente une certaine résistance. Rien sur la peau. Pas de traitement.

15 décembre. Tous les ulcères sont à la période de réparation. La santé générale est excellente. Pas de manifestations constitutionnelles. Il y a bientôt sept mois que le malade a contracté les végétations. Il y a quatre mois qu'il est à l'hôpital sans traitement aucun.

On a nécessairement accusé les instruments, les pièces de pansement; on a enfin soupçonné des rapports anormaux de la part du malade. L'interne M. Dolbeau répond : Une paire de ciseaux a seule été employée; ces instruments, qui servent fréquemment, sont, il est vrai, susceptibles d'être souillés par le pus virulent. Mais ils sont toujours lavés et essuyés après chaque opération. De plus, c'était la première opération du jour, et il y avait trois jours que les ciseaux n'avaient servi.

Comme pansement, le malade n'a jamais employé que du coton cardé, qui est le même pour tous. On a cité, il est vrai, des cas d'inoculation par les pièces de pansement; mais, dans ce cas particulier, rien ne fait supposer qu'il en ait été ainsi. Quant aux rapports anormaux, le malade les nie formellement. Cette observation a été recueillie sous les yeux de M. Puche et publiée dans l'*Union médicale,* journal sympathique à M. Ricord. J'ajouterai que M. Puche ne se sert pas des ciseaux des élèves comme le font quelques chefs de service. Il n'a confiance qu'aux siens, qu'il nettoye toujours avant et après l'opération. D'ailleurs, d'autres faits analogues se sont produits depuis la publication de cette remarquable observation.

Traitement. — Le traitement est général et local. Les syphiliographes qui prétendent que la végétation est indépendante de tout virus rejettent le traitement général et proscrivent le mercure. Les praticiens, au contraire, qui admettent la spécificité dans l'étiologie de la végétation, conseillent un traitement général. Pour savoir à quoi s'en tenir, on devra se reporter à ce que j'ai dit des circonstances dans lesquelles les végétations se développent : j'ai prouvé qu'on les voyait apparaître à toutes les phases de la vérole et qu'elles pouvaient être le premier symptôme de l'infection. Or quand elles se développent pendant l'existence d'une diathèse, elles sont rarement seules, il y a d'autres accidents qui commandent le traitement général : ici donc point de doute sur la nécessité de ce traitement. Quelquefois elles apparaissent après tous les autres accidents ou leur survivent, et alors il est rare qu'un traitement n'ait pas déjà été entrepris, et c'est ordinairement le mercure qui aura été administré, ou bien les préparations iodées. Tout ce qu'on entreprend alors, comme médication générale, peut rester sans effet sur les végétations; elles se sont localisées, elles n'ont plus de racines profondes, ce sont des espèces de reliquats. Le traitement local, les topiques, les petites opérations chirurgicales surtout, doivent être préférées alors; car si les végétations sont entièrement extirpées, il n'y a pas de récidive, et elles ne repullulent plus, comme on l'observe si souvent dans d'autres circonstances.

Quand les végétations sont primitives, quand elles constituent le premier symptôme apparent de l'infection, on devra encore administrer un traitement général, si l'on ne veut pas exposer les malades à des récidives fréquentes, et si l'on désire éviter les complications. D'ailleurs, les faits sont là pour prouver l'efficacité du traitement général; on en trouve un remarquable dans l'ouvrage déjà cité de M. Reynaud (de Toulon)[1]. Sous l'influence du sirop concentré de salsepareille avec addition de sublimé et d'extrait d'opium, en quinze jours, des végétations très-prononcées devinrent molles, se flétrirent et tombèrent pour ne plus repousser. Je me rappellerai toujours une jeune fille que je trouvai à la salle Saint-Louis à Lourcine, quand je pris le service de cet hôpital. Elle avait les grandes et les petites lèvres couvertes de végétations qui lui causaient un prurit insupportable, puis de véritables douleurs. Toutes les poudres, toutes les pommades avaient été employées inutilement; quelques-unes de ces végétations avaient été coupées et elles repoussèrent, les autres persistèrent. Aucun traitement général n'avait été entrepris, le mercure n'avait pas été tenté,

[1] P. 312.

peut-être parce que la jeune malade était débile, lymphatique. Je crus cependant pouvoir prescrire les pilules de Dupuytren, et en moins de vingt jours les végétations se flétrirent; elles tombèrent toutes peu à peu et spontanément. De pareils faits se sont encore offerts à mon observation. Mais, pour rester dans le vrai, je dois dire encore que le plus souvent les végétations persistent malgré le traitement général. Il faut en venir alors au traitement local, aux topiques, à la ligature, à l'excision.

Les topiques sont très-nombreux, on les a beaucoup multipliés en faveur des malades méticuleux qui redoutent toute espèce d'opération. On a employé la boue d'opium, l'opium brut, l'iodure de fer, le sulfate de cuivre, le calomélas. Voici le moyen qui me réussit le mieux :

Sabine...........................	5 grammes.
Alun calciné	5 grammes.

Faites une poudre très-fine. Lavez deux fois par jour les végétations avec du vin rouge; couvrez-les ensuite avec une forte couche de poudre selon cette formule. Après trois ou quatre jours les végétations deviennent friables et le malade peut commencer à les arracher peu à peu avec les ongles. A chaque arrachement il y a un peu d'écoulement sanguin, on l'arrête avec la lotion vineuse et l'on remet de la poudre.

Quand les végétations ne sont pas très-volumineuses, qu'elles n'ont pas une large base, on réussit avec ce moyen, et les malades sont enchantés de s'opérer eux-mêmes, de se soustraire ainsi à la main, aux instruments du chirurgien.

Il est des praticiens qui préfèrent la cautérisation; elle a été tentée avec les acides nitrique, chlorhydrique, le nitrate d'argent, le beurre d'antimoine. Le caustique aujourd'hui le plus employé et le plus efficace, c'est le nitrate acide de mercure.

On a aussi tenté la ligature que l'on fait avec un fil végétal, un fil de soie ou d'argent. Ce moyen, long dans ses effets, aussi douloureux que la cautérisation et même que l'excision, est généralement abandonné par les chirurgiens. Il est quelques malades qui y ont recours encore : ils serrent graduellement le lien, et comme ce sont eux qui opèrent, comme ils peuvent suspendre l'action à volonté, ils endurent quelquefois une douleur qu'ils ne voudraient pas supporter si elle venait d'une main étrangère. Mais les topiques ne peuvent atteindre la racine de la végétation; si l'on veut, avec les caustiques ou la ligature, aller aussi loin, on détermine une douleur des plus violentes et d'une durée bien autre que celle de l'excision.

C'est donc le fer qui doit être préféré quand on suppose que les racines des végétations sont un peu profondes, dans les cas où leur base

est large et si la muqueuse sur laquelle l'insertion a lieu est manifestement épaissie, indurée, quand enfin on veut éviter les récidives. On se sert d'une pince pour saisir les végétations, et d'un ciseau courbe sur le plat, pour pratiquer l'excision. Pour l'extirpation des végétations un peu volumineuses, les pinces à disséquer ordinaires, les pinces à pansement même, sont suffisantes. Mais si les végétations sont petites, peu saillantes, comme on en voit si souvent sur les parties génitales de la femme, il est quelquefois difficile de les saisir; elles glissent entre les mors. Je me sers, alors, de petites pinces à dents de rat qui accrochent très-bien la quantité et seulement la quantité de muqueuse qu'il faut enlever autour de la végétation, et celle-ci est extirpée sans être déchirée. Les oculistes emploient beaucoup ma pince à dents de rat pour les opérations qu'ils pratiquent sur les paupières et sur l'œil.

Il est des chirurgiens qui cautérisent la plaie qui résulte de l'extirpation; mais cette cautérisation est inutile si les limites de la peau ont été dépassées; si elles n'ont pas été franchies, c'est qu'on n'a pas bien extirpé, l'emploi du caustique constitue une seconde opération. Il vaut beaucoup mieux saisir toute l'épaisseur du tégument et ne pas le ménager. On se soumettra surtout à cette règle si le tégument lui-même est plus ou moins altéré, épaissi, soit par le symptôme vénérien sur lequel la végétation a poussé, soit par l'ancienneté de la végétation qui, alors, à force d'irriter la peau, a développé dans son tissu un mouvement hypertrophique.

Après l'extirpation, il n'est pas rare de voir le sang couler en assez grande abondance, surtout quand on a opéré sur le gland. On fera d'abord des lotions, des applications froides, et l'on pansera ensuite comme s'il s'agissait d'une plaie simple.

Il est bien entendu qu'on n'entreprendra pas l'extirpation s'il existe des chancres non réparés, car la plaie serait bientôt inoculée.

En général, on n'opère que quand les complications sont levées. Cependant il y a souvent autour des végétations une irritation, une inflammation même qui ne cesse que quand ces produits ont été enlevés.

CHAPITRE VIII.

PUSTULES MUQUEUSES.

On les a encore appelées, selon leur aspect, leur forme, *pustules plates*, *tubercules plats*, *tubercules muqueux*, *plaques* ou *papules muqueuses*. Ce sont des élevures dont on aura une idée assez juste si l'on

se représente des disques plus ou moins parfaits ou des portions de disque appliquées sur le tégument.

Siége. — Les pustules s'élèvent sur les muqueuses et sur des points de la peau qui se rapprochent naturellement ou par altération pathologique des muqueuses : ainsi la peau des parties génitales, celle qui les entoure, celle du pli des fesses. Chez la femme c'est à la vulve, chez l'homme c'est à la marge de l'anus qu'on observe le plus souvent les plaques muqueuses. Les bourses, la verge, le périnée, en sont fréquemment le siége aussi. On les observe au pli génito-crural, au nombril, dans le conduit et derrière le pavillon de l'oreille, sous l'aisselle, dans la bouche, aux commissures des lèvres, sur la langue, sur la face interne des joues, sur les amygdales et le voile du palais, à l'entrée des narines, sur les ailes du nez, à la base des orteils, autour des ongles, autour des mamelons, sur le col utérin. Ces pustules peuvent occuper presque toutes ces régions chez le même sujet et revêtir toutes les formes que j'indiquerai bientôt. Il y a aujourd'hui (16 mars 1852) dans mon service un homme d'une quarantaine d'années qui a des pustules aux oreilles, au nez, aux lèvres, à la langue, sous l'aisselle à droite, au pli génito-crural, aux bourses, au périnée, à l'anus et entre les orteils. J'ai actuellement (1853) sous les yeux un malade qui a des pustules au pli du bras, absolument comme celles des parties génitales. C'est un ouvrier boulanger.

Causes. — Les femmes offrent le plus d'exemples de pustules muqueuses, ce qui tient peut-être à l'étendue de leur muqueuse génitale, à la finesse de leur peau. Les enfants, les sujets lymphatiques, y sont aussi très-disposés. La malpropreté favorise leur développement : en effet, rarement une femme de la campagne arrive à Lourcine pour se faire traiter d'une maladie vénérienne sans qu'on découvre chez elle des pustules muqueuses. Les personnes grasses dont la transpiration âcre séjourne au pli génital, l'irritation de la marge de l'anus par les marches forcées, surtout par la constipation, voilà encore des causes qui favorisent le développement de ces symptômes syphilitiques. Une surface tégumentaire, souvent arrosée par le produit d'une blennorrhagie, est quelquefois très-fertile en pustules muqueuses. On a admis que le chancre peut se transformer en pustule plate, et cela à la période de réparation quand celle-ci se fait irrégulièrement ; la pustule alors ne serait qu'une transformation du chancre. Ce qu'il y a de vrai, c'est que la pustule peut pousser sur le point même où a existé un chancre, comme elle peut apparaître sur une surface qui a été seulement enflammée, ainsi qu'on le voit à la suite de la balano-posthite. On peut alors considérer ce symptôme comme successif. Mais il peut

être tout à fait primitif, c'est-à-dire qu'il peut être le premier accident observable à la suite de rapports intimes suspects. Chez les femmes, on trouve plus souvent la pustule muqueuse à l'état primitif; chez les hommes, au contraire, on observe, en général, le chancre de la verge et la blennorrhagie urétrale comme antécédents; la pustule plate pousse à l'anus quelque temps après. C'est d'ailleurs l'accident qui compromet le plus la classification des maladies en primitives et secondaires, si on attache un sens doctrinal et absolu à cette classification.

Symptômes. — Les pustules muqueuses peuvent survenir un ou deux septénaires après le coït, souvent pendant l'existence des chancres, de la blennorrhagie. On les voit arriver aussi après deux, trois mois d'incubation et quelquefois plus tard. On les observe aussi très-tardivement après les accidents dits tertiaires; elles forment alors une récidive. Il arrive encore qu'elles surgissent d'emblée; elles constituent alors le premier symptôme de la vérole.

Ce sont des disques ou des portions de disque comme collées sur le tégument. Les pustules affectent quelquefois la forme ovalaire. Les plus petites sont de simples papules qui vont jusqu'à la largeur d'une lentille; les plus grandes, les vraies plaques, dépassent à peine la largeur d'une pièce de 50 centimes. Quand plusieurs pustules se touchent, se confondent, les plaques peuvent être de beaucoup plus larges. Le début est quelquefois une petite saillie érodée comme une ulcération très-superficielle, granuleuse et violacée. D'autres fois, c'est une tache érythémateuse dont l'épiderme se détache et laisse à nu une surface rouge violacée ou opaline et sécrétante.

Au lieu de rester à l'état de plaques adhérentes par toute une surface, ces productions, surtout quand elles sont anciennes et sur la peau même, se détachent parfois, se pédiculent et revêtent la forme des végétations, des condylomes. Ainsi, chez le malade dont j'ai déjà parlé, et qui avait des pustules presque partout, celles de l'aisselle et du pli génito-crural étaient très-végétantes.

Leur couleur est d'un rouge plus ou moins vif ou bien opaline sur les muqueuses; sur la peau, elles sont brunes dans le plus grand nombre des cas. Autour d'elles, on remarque souvent l'auréole cuivreuse des syphilides. La surface est quelquefois lisse, légèrement fongueuse, et quelquefois comme macérée. Il arrive aussi qu'elles sont tout à fait fongueuses et violacées. Chez les hommes bruns, et quand elles poussent sur la peau même, elles sont fendillées et comme chagrinées. Leur surface peut être érodée ou réellement ulcérée, ressembler à la surface du chancre, surtout du chancre dit *ulcus elevatum*.

Le plus souvent, les pustules sécrètent une humeur comme séreuse ou séro-purulente qui a une odeur repoussante et spéciale. Les caractères du pus se prononcent à mesure que l'ulcération s'établit et que les plaques sont irritées. Elles ne sont sèches, arides, que chez certains sujets à peau brune, après quelque temps de repos et quand elles ne sont pas irritées.

Rarement la papule muqueuse est seule, surtout à l'anus et à la vulve. Elles peuvent être extrêmement nombreuses, et, comme je l'ai déjà dit, occuper plusieurs régions ; elles se groupent ordinairement ou se rangent en séries sur une ligne plus ou moins courbe : ainsi, elles s'élèveront sur le bord d'une lèvre génitale, sur un côté de la fesse. C'est alors qu'elles sont réellement fendillées. Si le sujet n'a pas soin de lui, on voit quelquefois sur une lèvre, sur une fesse, des pustules qui ressemblent parfaitement à celles qui naissent sur la lèvre ou sur la fesse opposée. Il n'est pas rare d'en trouver deux, dont l'une semble moulée sur l'autre, au point de simuler les valves d'un coquillage. Cette ressemblance de deux pustules situées sur des points des organes qui sont contigus dans certaines circonstances est une preuve de plus en faveur de la contagion de cette forme de la vérole. (Voyez la planche IV, fig. 2.)

Autour des pustules, entre les pustules, il peut y avoir de l'eczéma, de l'érythème; on voit surtout cette phlegmasie s'étendre au loin à la face interne des cuisses des femmes malpropres, des sujets lymphatiques, qui n'ont aucun soin d'eux, qui marchent, qui travaillent malgré la maladie. C'est alors qu'il se fait un suintement d'une odeur des plus infectes. Mais quelques jours de repos, de propreté, font disparaître presque entièrement cette complication.

Dans cette symptomatologie, j'ai surtout montré les pustules les plus connues, celles des parties génitales et de l'anus. Il en est d'autres qui sont moins connues, soit par leur peu de fréquence, soit parce qu'elles occupent un siége qu'on ne soupçonne pas toujours, soit enfin, parce qu'elles ont des caractères moins tranchés, et probablement aussi, parce que jusqu'à ce jour, elles n'ont pas été décrites. Je vais les indiquer par quelques traits, ce qui complétera le tableau général et facilitera le diagnostic.

Au nez, elles sont en dehors ou en dedans des narines. Les premières ressemblent à celles des angles des lèvres; on les rencontre dans le sillon qui sépare la joue de l'aile du nez. Elles sont plus petites qu'aux lèvres, puisque quelquefois elles sont à peine comme une tête d'épingle. Il y a quelquefois dans le sillon indiqué une plaque allongée, très-mince, qui s'ulcère et se transforme en fissure. Après la réparation,

reste une nuance rouge sombre qui ne trompe pas le médecin observateur et qui peut devenir un signe précieux pour le diagnostic de la vérole. En dedans des narines, à leur entrée, les plaques sont moins fréquentes; elles forment ordinairement un bourrelet avec croûtes dont la chute montre une surface rouge et grisâtre, puis les croûtes se renouvellent jusqu'à la guérison. Les démangeaisons qui ont lieu portent les malades à les excorier, d'où une cause de lenteur dans la cure.

Aux orteils et à la base des ongles, les pustules ont à peu près les mêmes caractères. Presque toujours, elles sont ulcérées et ressemblent aux rhagades de l'anus. La saillie qu'elles font est violacée et arrondie entre les orteils; elles sont allongées à la base des ongles dont elles suivent le pourtour. Les ulcérations diffèrent dans les deux cas. A la base des orteils elles ressemblent davantage aux rhagades de l'anus, elles sont allongées, profondes. Autour des ongles, ce sont des fissures irrégulières, à bords renversés plus ou moins sur l'ongle. Ces plaques sont douloureuses et répandent une odeur des plus fétides, pour peu que le malade néglige les soins de propreté. On les modifie très-rapidement par des pédiluves, et leur guérison ne se fait pas attendre.

Aux oreilles, on les rencontre à l'union de la conque avec la région mastoïdienne, autour du conduit auditif; elles forment des bourrelets comme ceux de l'entrée des narines. On en trouve aussi dans le conduit auditif même.

Au col de l'utérus, elles sont souvent d'un gris rosé, assez bien arrondies, distinctes, un peu plus grandes qu'une lentille. On en voit à la lèvre supérieure et à la lèvre postérieure en même temps.

A l'ombilic, la plaque occupe en partie ou en totalité la dépression ombilicale; elle est ordinairement saillante, d'un gris rosé, humide et d'une odeur fade. Il y a quelquefois prurit, rarement douleur.

Au mamelon, on voit quelquefois une excavation tapissée par une plaque qui déborde un peu : l'aspect est grisâtre, humide, lisse, avec suintement muco-purulent.

Les *pustules muqueuses de la bouche* sont habituellement sur le bourrelet muqueux extérieur des lèvres, aux commissures, sur la face interne des joues; sur les bords des lèvres sont de petites saillies en général elliptiques, variant en nombre, se couvrant de croûtes. Elles sont souvent méconnues, souvent fugaces, mais reparaissent facilement. Ces plaques coexistent presque toujours avec des plaques semblables à la gorge et aux parties génitales.

Aux commissures labiales, elles sont d'un aspect granuleux; il y en a au moins deux à peu près égales, une à la lèvre supérieure, une à la lèvre inférieure; une fissure les sépare, fissure qui persiste après la

disparition des plaques. Ces plaques sont encore très-souvent méconnues. On ne voit que la gerçure que l'on considère comme indépendante de la vérole.

A la langue, on trouve des plaques sur la pointe vers la base, sur les bords. Elles sont assez grandes, elliptiques et s'ulcèrent quelquefois. Chez les femmes ces plaques coïncident toujours avec une affection semblable de la vulve.

Au voile du palais, aux amygdales, les pustules muqueuses sont fréquentes, surtout sur ces glandes. On les méconnaît souvent à leur origine, car elles ne sont pas saillantes alors ; elles sont arrondies, multiples, quelquefois confluentes et presque toujours d'un blanc grisâtre ; parfois elles s'ulcèrent au centre ou sur d'autres points de leur surface. Les tonsilles sont souvent plus développées, hypertrophiées et d'un rouge qui gagne les parties environnantes. Avec les plaques de cette région il y a des symptômes d'angine, mal de gorge exaspéré par la déglutition, enrouement et un peu de coryza.

A l'aisselle, où les pustules sont rares, on les voit quelquefois saillantes et un peu pédiculées [1].

Diagnostic. — Le tableau que je viens de faire est un vrai diagnostic. Il n'y aurait que l'*ulcus elevatum* qui pourrait être confondu avec les pustules en question. Mais ce chancre vient ordinairement au limbe du prépuce où les pustules ne sont pas fréquentes, et il a été précédé par une véritable ulcération : d'ailleurs, on le guérit beaucoup plus lentement.

Contagion. — Inoculation. — La contagion de la pustule muqueuse, c'est-à-dire la transmissibilité d'un individu à un autre par des rapports intimes, cette contagion est généralement admise, puisque presque tous les syphiliographes conviennent que cet accident peut être primitif : M. Ricord est à peu près le seul syphiliographe de notre temps qui nie cette contagion. Cependant on verra que dans quelques passages de son livre certaines hésitations, certaines contradictions pourraient faire ranger ce médecin parmi les contagionistes. Quoi qu'il en soit, les praticiens qui, dans leur cabinet de consultation, peuvent examiner, ensemble, les deux conjoints, savent à quoi s'en tenir sur la contagion de ces pustules. Il leur arrive de voir sur le côté gauche des bourses de l'homme une pustule plate semblable à une pustule qui est au côté droit de la vulve de la femme avec laquelle il a eu des rapports répétés. J'ai gardé longtemps dans mon service un malade

[1] Voyez un mémoire de MM. Deville et Davasse, dans les *Archives générales de médecine*.

portant des pustules plates à la marge de l'anus que j'ai fait représenter : celles de la fesse droite semblaient moulées sur celles de la fesse opposée, tellement elles se ressemblaient. (Voy. fig. 2, pl. IV.) Voici d'ailleurs l'observation telle qu'elle a été rédigée par M. Pellagot, un de mes élèves internes. Outre ce rapport si remarquable entre les pustules d'un côté de l'anus et celles de l'autre côté, cette observation est un bel exemple de la multiplicité des syphilides sur le même sujet.

G..... (Alain), âgé de vingt-cinq ans, profession de corroyeur, tempérament bilieux, constitution bonne. Entré le 3 novembre 1851, salle 9, lit nº 7. — 1845. Chaudepisse qui a duré six mois et traitée par le copahu. — 1849 (septembre). Chaudepisse et chancre du fourreau de la verge. La chaudepisse dura deux mois, elle fut traitée par le cubèbe. Le chancre fut cautérisé par le nitrate d'argent. Au bout de quinze jours environ il était cicatrisé. Point d'autre traitement.

1850 (octobre). — Chaudepisse, chancre du gland, bubon suppuré dans l'aine droite. Le malade fut traité à l'hôpital de Nantes. Pendant un mois, il prit une liqueur qu'il croit être une solution iodée. — 1851 (août). Une végétation sous forme de poireau se développe sur la peau de la verge, au lieu même où un chancre avait autrefois existé. Deux autres, plus petites que la première, naissent sur le limbe du prépuce. Leur apparition est postérieure de quatre à cinq jours au dernier coït.

Huit ou dix jours après les végétations, blennorrhagie urétrale. Le malade assure qu'il n'existait sur le gland aucune écorchure ; depuis plus de quinze jours il observait une continence absolue.

Six semaines après les végétations, trois semaines après l'urétrite, pustules plates sur les bourses et à l'anus. Balanite, puis phimosis. En même temps, syphilide exanthématique. Enfin, il y a douze jours (20 septembre), éruption lichénoïde, alopécie. Le 3 septembre, au moment de son entrée, outre les végétations du prépuce, l'écoulement urétal et balanique, le malade présente encore à l'observation diverses sortes de syphilides. Sur les membres inférieurs et sur les bras, taches d'un jaune cuivré sans élevure, ayant eu d'abord une coloration rosée de la largeur environ d'une pièce d'un franc. Ces taches sont surtout remarquables sur les jambes, où elles sont plus nombreuses et plus considérables qu'ailleurs. Sur la poitrine, sur le front, éruptions lichénoïdes ; sur le col, squames de psoriasis, et tout à côté croûtes de pustules d'ecthyma.

Enfin, sur les bourses et à l'anus, plaques muqueuses exubérantes. C'est à l'anus surtout que ces plaques affectent une disposition remarquable. Il y a, en effet, une similitude complète de configuration entre

les papules du côté droit et celles du côté gauche de l'anus. Le malade affirme que leur apparition n'a pas été simultanée, mais qu'elles se sont suivies à quelques jours d'intervalle. Mis au traitement le 5 par les pilules de proto-iodure de mercure, le malade sort guéri trois mois après. (Voy. fig. 2, pl. IV.)

Depuis longtemps l'expérimentation avait donné son appui à l'observation, et l'inoculation de la pustule muqueuse du sujet malade au sujet sain avait été faite avec un plein succès, nombre de fois, par Wallace. Et cependant, malgré nos rapports faciles et fréquents avec Dublin, on ignorait où l'on pouvait cacher en France les résultats obtenus dans ce pays! Wallace dénudait la peau par le vésicatoire ou autrement, et mettait en rapport avec la surface dénudée des portions de pustules plates ou de la chapie imprégnée du produit de la sécrétion; il faisait pousser ainsi et presque à volonté des pustules qui pouvaient varier de forme, mais qui sont classées par M. Ricord parmi les accidents *secondaires*.

M. Bouley, médecin des hôpitaux, dont l'attention fut éveillée par mes expériences sur l'inoculation de l'ecthyma syphilitique, entreprit avec M. Schneph des recherches bibliographiques et des expériences qui font partie d'un mémoire substantiel inséré dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis* (vol. IV, octobre et novembre 1851). Ce travail contient des observations nombreuses empruntées à Wallace; elles ne laissent aucune espèce de doute sur la transmissibilité de la pustule muqueuse et des autres pustules se rapportant aux accidents dits *secondaires*. Ce mémoire est précieux surtout à cause d'une observation détaillée et recueillie sous les yeux de M. Bouley, par M. Schneph, interne de Lourcine. Cette observation, qu'on ne saurait trop consulter, résout à elle seule deux questions de la plus haute importance, car elle prouve : 1° Que la pustule plate peut être inoculée; 2° qu'une seconde vérole peut être donnée à un sujet arrivé à l'état tertiaire après avoir passé par toutes les autres phases de l'évolution syphilitique, c'est-à-dire à un sujet qui a eu déjà une vérole complète. Voici un résumé de cette observation :

C'était une femme de Lourcine (service de M. Bouley). Elle avait une syphilis constitutionnelle qui en était aux manifestations du côté du système fibreux et osseux; elle avait des tumeurs gommeuses et des nécroses. On lui appliqua un vésicatoire à un bras, et après l'enlèvement de l'épiderme, on pansa pendant trois jours avec de la charpie imprégnée du produit de pustules plates portées par une autre malade du même hôpital. Le vésicatoire fut cicatrisé le cinquième jour de l'inoculation; mais le dix-septième jour de cette expérience apparurent

des papules lenticulaires cuivrées à la place du vésicatoire. Le vingt-septième jour survinrent des croûtes, un ecthyma qui fut reconnu par M. Cullerier et que M. Cazenave considéra comme syphilitique. Un second vésicatoire pansé simplement et non inoculé se sécha promptement et ne fut le siége d'aucune éruption.

Il y a donc eu ici, comme dans d'autres cas d'inoculation que j'ai fait connaître, une longue incubation. Elle a duré dix-sept jours. Après est survenu un accident syphilitique constitutionnel, mais de forme moins profonde que les accidents dont était porteur le sujet de l'expérience, puisque l'accident inoculé était une syphilide, une affection cutanée par conséquent, tandis que les autres étaient des accidents du côté du système fibreux et osseux. Ce n'est pas tout : quarante-huit jours après l'inoculation survient une recrudescence syphilitique en rapport avec l'infection nouvelle. Il y a céphalée intense, persistance des croûtes d'ecthyma et apparition de tumeurs dans le tissu cellulaire sous-cutané, des espèces de nodus mal limités, comme ceux qui étaient survenus à la femme qui avait des pustules muqueuses et qui avait fourni la matière à inoculation. Cette nouvelle vérole fut avantageusement modifiée par le mercure, tandis qu'elle avait résisté à l'iodure de potassium.

Ainsi, je le répète, ce fait ruine deux dogmes à la fois : 1° celui de la non-transmissibilité de la syphilis sous forme secondaire; 2° celui qui veut que la vérole ne puisse atteindre qu'une fois le même individu.

Waller, médecin d'un hôpital à Prague, a inoculé par un autre procédé : au lieu de dénuder la peau par un vésicatoire, il l'a scarifiée. Le sujet inoculé était un jeune garçon n'ayant jamais eu le moindre symptôme vénérien. La matière à inoculation fut prise sur un sujet qui portait des pustules muqueuses. On imprégna de la charpie avec le produit de ces pustules, on l'appliqua sur les petites plaies qu'on avait déjà pratiquées sur la cuisse du jeune garçon. On maintint le tout par un pansement qu'on pourrait appeler par occlusion, tant il garantissait les plaies de tout autre contact que de celui de la charpie portant la sécrétion morbide. Il y eut d'abord un peu d'inflammation, ou, pour mieux dire, de la rougeur, et tout disparut au bout de quatre jours; trois jours après, quelques taches rouges; enfin, ce ne fut que le vingt-huitième jour de l'inoculation qu'apparurent des tubercules, des boutons sur le lieu inoculé, et des symptômes d'infection générale.

Il y a eu d'abord ici des phénomènes inflammatoires qui s'éteignirent bientôt, une éruption qui avorta, et beaucoup plus tard les effets du virus se produisirent d'une manière incontestable. On verra se re-

produire souvent des faits analogues : d'abord des éruptions qui avortent, puis la véritable éruption syphilitique se produit.

Si on lit le remarquable travail de Waller [1], on verra la rigueur qu'il met dans le choix des éléments de la certitude, puisqu'après ses observations cliniques il dit : « Bien que les cas et les remarques ci-dessus démontrent avec la plus grande vraisemblance la nature contagieuse de la syphilis secondaire, je ne pus ni ne voulus cependant m'en tenir là, je cherchai la certitude et crus ne pouvoir la trouver qu'à l'aide de l'inoculation. Voici enfin la principale inoculation :

« Durst, âgé de douze ans, inscrit sous le nº 1396, est atteint depuis plusieurs années d'une teigne faveuse de la tête, maladie pour laquelle il a été à plusieurs reprises traité dans l'établissement; il est d'ailleurs parfaitement bien portant, il n'a jamais eu d'éruption d'aucune espèce, ni d'affections scrofuleuses. Comme sa maladie l'obligeait à rester pendant plusieurs mois dans l'établissement, comme aussi il n'avait jamais eu la syphilis, c'était là un sujet propre à l'inoculation : celle-ci fut entreprise le 6 août 1850. On appliqua sur la face antérieure de la cuisse droite un scarificateur parfaitement propre, et dans les plaies que l'instrument venait de faire, et qui étaient encore fraîches et saignaient facilement, on insinua le pus des plaques muqueuses. Pour cela, on se servit en partie d'une spatule de bois, étroite, et en partie de charpie imbibée de ce pus avec laquelle on frictionna légèrement les plaies de la région scarifiée, et qui ensuite y fut déposée et fixée. La matière inoculée avait été prise sur une femme (la nommée Némée), qui présentait bien une cicatrice de chancre, mais n'avait à ce moment-là aucune ulcération primitive. Elle avait sur les grandes et les petites lèvres des plaques muqueuses couvertes d'une exsudation en partie croupeuse, en partie purulente. De plus, des exsudations croupeuses existaient dans toute la gorge et s'accompagnaient d'un commencement d'ulcération sur les amygdales; une éruption de taches était répandue sur tout le corps. Cette femme avait en même temps une blennorrhée vaginale.

« Le lendemain 7 août et les jours suivants, les plaies des scarifications et la peau située entre elles sont très-légèrement enflammées, mais au bout de quatre jours toutes les plaies sont fermées; il n'y a pas trace d'inflammation, toute cette surface en général n'a plus d'autre aspect que celui d'une scarification guérie.

[1] *Du caractère contagieux de la syphilis secondaire*, par le docteur Waller traduit en français par M. Axenfeld, dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, avril 1851, et dans la *Gazette des hôpitaux* de la même époque, par M. Sée.

« Le 15 août, je remarquai à l'endroit où l'inoculation avait été faite, quelques taches rouges, et le 30 août, par conséquent vingt-cinq jours après l'inoculation, j'y découvris déjà quatorze tubercules cutanés, dont la plupart avaient pris naissance dans les cicatrices mêmes des plaies de scarification. Ces tubercules étaient presque tous confluents ; quatre seulement, situés sur les bords, étaient isolés ; leur base était large, leur volume celui d'une lentille, et pour beaucoup d'entre eux celui d'un pois ; durs au toucher, ils étaient la plupart d'un rouge sale, quelques-uns d'un jaune sale ; leur forme était presque exactement arrondie ; sur quelques-uns on apercevait une légère desquamation ; rien de morbide dans les autres régions du corps (traitement nul). Les jours suivants, les tubercules augmentent encore de volume, et se confondent tous ensemble ; ils représentent alors une plaque de la largeur d'un thaler, mousse, saillante d'une demi-ligne au-dessus du niveau de la peau, et recouverte d'écailles grisâtres qui s'épaississent et finissent par former une large croûte commune à tous les tubercules. En nettoyant cette surface avec de l'eau tiède, la croûte se détache, et les tubercules apparaissent alors sous forme d'élevures plates, légèrement excoriées, mais qui se recouvrent promptement de nouvelles écailles minces, sèches et grisâtres.

« Le 27 septembre, vingt-sept jours après l'apparition des tubercules, et cinquante-deux jours après l'inoculation, il se manifeste sur la peau du bas-ventre, sur la poitrine et sur le dos, une *syphilide maculée.*

« Ce sont des taches unies pour la plupart, quelques-unes un peu saillantes, isolées, de la largeur d'un grain de mil ou d'une lentille, ovalaires et allongées, d'une teinte, pour les unes jaune pâle, pour les autres gris rougeâtre, sans auréole, sans démangeaison ni douleur, complétement sèches, sans croûtes ni écailles. Le lendemain et les jours suivants, le nombre de ces taches augmente prodigieusement et tout le corps en est couvert. Il n'existe ni mouvement fébrile ni symptôme de catarrhe, etc. Dans les premiers jours du mois d'octobre, quelques-unes de ces taches se soulèvent en papules, d'autres en tubercules, et l'ensemble prend une physionomie tellement caractéristique, que, sans s'enquérir des antécédents, tout médecin pouvait sur-le-champ reconnaître la syphilide. Il n'y avait pas encore de mal de gorge ; mais comme cette syphilide papuleuse et tuberculeuse prouve suffisamment le succès de l'inoculation, je puis, dès à présent, livrer ce cas à la publicité. »

Je répète encore qu'il s'est passé, entre cette inoculation des accidents secondaires et les véritables effets d'infection, un temps qu'on

ne remarque pas à la suite de l'inoculation du chancre. Et j'ai besoin de bien faire remarquer que les plaies d'inoculation furent pansées avec de la charpie et qu'elles furent mises ainsi à l'abri de toute autre inoculation fortuite.

Quand je traiterai de l'ecthyma, je produirai des faits d'inoculation de cet accident secondaire qui offriront la même particularité. Quelquefois rien n'apparaît sur le point inoculé pendant longtemps, la véritable éruption syphilitique est la première à se manifester.

Le fait que je vais relater avec détail et qui a été recueilli avec soin par mon ancien interne, M. Pellagot, s'éloigne de ceux qui ont été publiés par les expérimentateurs que j'ai déjà cités. On verra ici le produit de la pustule muqueuse déterminer d'abord une suppuration des plus abondantes, des plus fétides, puis une ulcération, et enfin une plaque, une élevure analogue à une pustule plate. Comme on avait prétendu que les vésicatoires, qui après l'inoculation s'étaient transformés en pustules, n'étaient autres que des vésicatoires végétants, je pris le soin de faire une contre-épreuve : on verra en effet au bras droit un vésicatoire, qui, irrité pendant quatre jours avec de la pommade fortement épispastique, se sécha, guérit sans ulcération, sans aucun bourgeon, tandis qu'un vésicatoire pansé seulement deux fois avec du produit morbide, fut le siége d'une inflammation des plus vives, d'une ulcération, enfin d'une plaque analogue aux plaques muqueuses. Outre les élèves qui suivent ordinairement mes visites, le sujet de l'observation a été vu par MM. les docteurs Morel Chausit, Auzias-Turenne, Gosselin.

Le nommé P....., âgé de dix-neuf ans, profession d'étameur, tempérament lymphatique, constitution assez bonne, est entré le 17 juillet 1851, salle 10, lit n° 1, au service de M. Vidal.

Aucune maladie vénérienne antérieure. Il y a quatre ou cinq mois, un chancre sur la couronne du gland. Ce chancre a duré un mois, puis s'est cicatrisé. A la place qu'il occupait, resta une induration. Des démangeaisons se sont fait sentir à l'anus, des plaques muqueuses s'y montrent.

État actuel. — Sur le gland, là où existait le chancre, la muqueuse est rouge, épaissie, sans solution de continuité. Entre le gland et le prépuce, sort un liquide séro-purulent, assez ténu, peu abondant.

Deux ganglions inguinaux droits assez développés, un petit ganglion inguinal gauche. Tous sont indolents. Ganglions sous-maxillaires et cervicaux antérieurs développés. Ganglions cervicaux postérieurs non apparents. A l'anus, trois plaques muqueuses non ulcérées. On n'a fait jusqu'à ce jour aucun traitement.

Le jeudi 24 juillet, application d'un petit vésicatoire au bras gauche. Il est recouvert avec un verre de montre. — Pilules de *mica panis*.

Vendredi 25 juillet, premier pansement. L'épiderme soulevé par l'action de l'emplâtre est enlevé. Un disque de papier brouillard enduit de cérat, et percé au centre d'une ouverture d'un centimètre et demi environ de diamètre, est appliqué sur la plaie pour en garantir les contours. La partie centrale est pansée avec du coton cardé imprégné de pus recueilli au moment du pansement sur les plaques muqueuses que porte à l'anus un malade couché au n° 38 de la 8e salle, service de M. Puche. Le tout est recouvert d'un verre de montre, maintenu à l'aide de bandelettes de diachylum [1].

Samedi 26 juillet. — Deuxième et dernier pansement avec le même pus recueilli sur le même malade de M. Puche. On enlève les pièces de pansement de la veille. La suppuration a été considérable. L'odeur est infecte comme celle des pustules muqueuses. La plaie est couverte d'une pellicule blanchâtre, comme diphthéritique, avec des taches noires en quelques points. En enlevant cette pellicule qui adhère et se déchire par la traction, on détermine une légère exhalation sanguine. Les bords du verre de montre ont entamé la peau et produit à la partie supérieure une excoriation peu profonde et distincte du vésicatoire.

Dimanche 27 juillet. — La solution de continuité qui, la veille, était superficielle, s'est enfoncée et a pris la forme d'un ulcère dont les bords sont perpendiculaires au fond. Celui-ci est d'un blanc jaunâtre, sécrétant une grande quantité d'un pus bien lié, mais d'une odeur insupportable. En essuyant avec une compresse la surface de la plaie, on enlève en partie la fausse membrane qui la recouvre, et l'on donne alors lieu à une petite exhalation sanguine. L'excoriation, produite par les bords du verre de montre, s'est convertie en une entaille profonde qui suppure abondamment. Suppression du verre de montre. Pansement simple avec le cérat.

Lundi 28 juillet. — L'ulcère n'a pas été modifié. Il fournit une quantité énorme de pus toujours aussi odorant. Les bords sont rouges,

[1] Voici le diagnostic de M. Puche, relativement aux lésions du malade qui a fourni l'humeur inoculée : Chancre induré du limbe du prépuce de quatre ou cinq mois, traité par un pharmacien et cicatrisé. Plaques muqueuses sur le scrotum, datant de quinze jours. Plaques muqueuses à la marge de l'anus. Traces presque effacées de roséole. Ulcération sur le pilier droit du voile du palais. Douleurs rhumatoïdes. Pas d'autres symptômes. C'est aux plaques de l'anus qu'on a pris le pus qui a été inoculé.

taillés à pic, le fond de la plaie jaune. Point de ganglions axillaires appréciables. Pansement simple avec cérat, et renouvelé deux fois par jour.

Mercredi et jeudi. — La solution de continuité conserve les mêmes caractères ; la suppuration est toujours aussi abondante et aussi nauséabonde. Pansement le matin et le soir.

Vendredi 1er août. — On applique sur le bras droit un vésicatoire en tout semblable à celui de gauche, recouvert comme ce dernier d'un verre de montre.

Samedi 2. — Le vésicatoire gauche persiste à l'état d'ulcère ; celui de droite est pansé pour la première fois. On enlève l'épiderme, une rondelle de papier brouillard enduit de pommade épispastique est placée sur la plaie. On recouvre avec un verre de montre. Pansement du bras gauche avec cérat simple.

Dimanche 3 août. — Bras gauche. Des bourgeons charnus commencent à paraître sur le fond de l'ulcère qui s'est en partie détergé et est maintenant d'un rouge cuivreux. La suppuration est encore très-considérable et très-infecte. Pansement, cérat simple.

Bras droit. — Le vésicatoire a beaucoup suppuré ; sa surface est rouge, granuleuse non enfoncée. Le verre de montre a produit tout autour une entaille circulaire. Pansement avec la pommade épispastique ; suppression du verre de montre.

Lundi 4 août. — Bras gauche. Depuis la veille, les bourgeons charnus se sont multipliés. Le fond de la plaie est maintenant au niveau des bords. L'ulcération supérieure, produite par le verre de montre, ne paraît pas encore tendre vers la cicatrisation. Pansement simple.

Bras droit. — Le vésicatoire est rosé, sa surface non déprimée. L'entaille circulaire du verre de montre s'est effacée et est remplacée par une excoriation superficielle. Pansement avec la pommade épispastique.

Mardi 5 août. — Bras gauche. L'ulcération est remplacée par une plaque rouge, élevée de 1 à 2 millimètres, à surface d'un rouge cuivreux, inégale. La circonférence de cette plaque est bien limitée, non dure. Tout autour, la partie du vésicatoire qui n'a pas été en contact avec le pansement spécifique est rouge, sans bourgeons, et couverte de croûtes minces formées de pus concret. La plaie produite par le verre de montre se cicatrise sans bourgeonner. La suppuration est un peu moindre, toujours fétide. Quand on essuie la plaie avec un linge, on ne produit qu'un léger saignement. Pansement avec cérat simple.

Bras droit. — La plaie offre le même aspect; elle est rosée, granuleuse, sans ulcération. Pansement avec la pommade épispastique.

Mercredi 6. — Pansement des deux vésicatoires avec le cérat.

Samedi 9. — Bras gauche. L'entaille du verre de montre est cicatrisée. Le diamètre de la plaque fongueuse est un peu moindre, sa saillie est toujours de 1 à 2 millimètres au-dessus du niveau des parties voisines. Elle est circonscrite par un cercle rouge brun, et sa surface présente toujours la même inégalité, mollasse au toucher, fournissant encore un peu de pus moins odorant. Pansement simple.

Bras droit. — Rien de particulier. La cicatrisation commence.

Lundi 11 août. — Bras gauche. La plaie est large comme une pièce de vingt sous et nettement circonscrite. Les bourgeons qui la couvrent se sont unis entre eux, de manière que la surface est moins inégale ; elle est d'un rouge pâle un peu cuivré, mollasse au toucher, à peine saignante quand on la frotte avec un linge. La suppuration est maintenant peu considérable ; il y a encore de l'odeur. Pansement simple.

Bras droit. — Complétement cicatrisé. Pansement nul.

Samedi 23 août. — Tous les jours le bras gauche a été pansé devant M. Vidal, à la visite du matin. La plaque n'a pas changé d'aspect ; elle est toujours de 1 centimètre environ de diamètre, dépassant le niveau des tissus environnants qui ont repris leur couleur normale. La surface est recouverte de fongosités mollasses au toucher, non saignantes, jaunâtres, fournissant une certaine quantité de pus.

Mercredi 27 août. — Même état.

Vendredi 29. — Il y a une élévation qui ressemble à une sorte de soufflure. Au-dessus est une ulcération qui est creusée sur un mamelon rosé, recouvert d'un tissu cicatriciel, mince et transparent, qui s'est produit dans les vingt-quatre heures.

Samedi 30. — Le tubercule rose, au centre duquel se trouvait la plaie, a disparu. L'ulcération est maintenant de niveau avec la surface de la peau ; elle est peu profonde, jaunâtre, toujours de la même étendue.

Le malade sort. Plus rien à la verge. Les plaques muqueuses de l'anus sont séchées et presque entièrement disparues. Il n'y a aucune éruption à la peau. Pendant le séjour à l'hôpital on n'a point constaté de roséole.

Dans la seconde semaine de septembre, le malade, qui habite Versailles, est venu nous voir. Il nous a montré le bras inoculé, et sur le centre même du vésicatoire nous avons trouvé une élevure, ou espèce de bouton grand comme un bouton de gilet. Cette élevure était sèche,

plus consistante que les tuméfactions que nous avions déjà observées sur le même point; elle est enfin comme certaines plaques muqueuses qui s'élèvent sur la peau des sujets bruns.

Voilà l'observation telle qu'elle a été rédigée par M. Pellagot.

On objectera peut-être qu'ici le vésicatoire du bras gauche n'a été qu'une cause déterminante des accidents observés sur ce membre, car le sujet inoculé était en pleine vérole, il portait des pustules muqueuses à l'anus. Mais d'où vient que le second vésicatoire, celui du bras droit, n'a rien fait pousser?

Après l'inflammation vive du vésicatoire inoculé est survenue une ulcération à fond grisâtre sur laquelle la papule s'est élevée. On prétendra peut-être que cette ulcération était un chancre, et la papule une transformation de ce chancre qui s'est reposé vicieusement. D'abord il n'y avait pas de développement aux ganglions qui correspondent au point inoculé. Je sais bien qu'il peut y avoir chancre sans bubon, cependant je note cette circonstance. D'ailleurs, peu importerait qu'il y eût ici chancre ou une autre ulcération, car je ne prétends pas reproduire par l'inoculation la même forme de la lésion qui a fourni la sécrétion. Le problème est autre : il s'agit de savoir si l'on peut communiquer une affection syphilitique avec le produit de la papule. On ira peut-être jusqu'à dire que je n'ai pas puisé à une papule, mais à un chancre. Je répondrai que M. Puche a diagnostiqué la papule sans prévention aucune.

Ces faits ne laissent plus aucune place même au doute : la pustule plate s'inocule et est contagieuse. J'ai déjà dit que M. Ricord est à peu près le seul qui soit ici anticontagioniste. On va voir par ses paroles mêmes qu'il ne serait pas difficile de lui faire exprimer le contraire : En effet, on lit page 152 du *Traité pratique des maladies vénériennes*, ces mots que je copie exactement : « Mais *contagieux par un procédé vital insaisissable*, et qu'on ne peut expliquer, le tubercule muqueux ne peut être transmis par voie d'inoculation. » Ainsi, M. Ricord est évidemment contagioniste, et il distingue l'inoculation physiologique, qui est la contagion, de l'inoculation expérimentale. Il ne rejette que cette dernière. MM. Baumès, Reynaud (de Toulon) et d'autres syphiliographes qui considèrent aussi la pustule muqueuse comme contagieuse, n'admettent pas qu'elle soit inoculable. Au point de vue pratique, ce rejet de l'inoculabilité n'a aucune importance, puisqu'on admet la contagion. Mais il est probable que si les syphiliographes qui nient le second mode de transmissibilité, avaient opéré comme Wallace; s'ils avaient suffisamment répété les expériences, s'ils ne s'étaient prononcés sur les résultats qu'après le temps voulu d'incubation, temps

quelquefois assez long à la suite de l'inoculation de l'accident secondaire; si ces syphiliographes s'étaient soumis à ces règles d'une bonne expérimentation, ils eussent observé des résultats analogues à ceux qui ont été constatés par Wallace, par M. Bouley et par tous ceux qui savent que les choses ne se passent pas, après l'inoculation de l'accident secondaire, comme quand on expérimente l'accident primitif.

Traitement. — En considérant la pustule muqueuse comme lésion syphilitique consécutive, on peut dire que c'est celle qui apparaît et disparaît le plus tôt. Souvent le repos, les soins de propreté suffisent pour faire disparaître celles des parties génitales et de l'anus, et cela en moins de vingt jours, surtout quand elles ne sont ni anciennes ni compliquées.

Les malades de mon service qui ont des pustules à l'anus ou aux parties génitales prennent un bain de siége tous les jours, excepté le jour du bain entier. Par ces lotions répétées, par le repos au lit, les pustules s'affaissent, se réparent avec une grande rapidité. M. Baumès ajoute de 4 à 12 grammes de sublimé corrosif au bain de siége. Il lotionne avec du chlorure de sodium pur, si les pustules ne sont ni ulcérées ni entourées par des zones inflammatoires. Quand ces complications existent, il vaut mieux étendre le chlorure d'une certaine quantité d'eau pour qu'il ne détermine qu'une légère cuisson et non une vraie douleur.

Voici la formule de M. Baumès.

Chlorure de chaux ou de soude.......	180 grammes.
Eau distillée..........................	500 grammes.

On a remplacé cette solution par celles d'acétate de plomb, de sulfate d'alumine et de potasse. Il est des praticiens qui préfèrent le sublimé corrosif. On peut alors mettre de 2 décigrammes jusqu'à 1 gramme de deutochlorure de mercure dans 60 grammes d'eau, selon la susceptibilité, l'irritabilité des parties. Alors on n'a pas seulement en vue le traitement local, mais une certaine action sur la diathèse, ce qui est, je crois, une illusion.

Le nitrate d'argent est encore ici le modificateur qu'on devra préférer. Non-seulement il hâte la réparation, mais c'est encore lui qui abat le plus promptement les douleurs, fait cesser le plus promptement les cuissons, le prurit dont le malade est surtout tourmenté pendant la nuit. Ce sont les pustules à l'anus, au périnée, pustules plus ou moins ulcérées, dont la sécrétion a enflammé la peau environnante, qui font ainsi souffrir les malades. On les calme alors en badigeonnant le tout avec un pinceau trempé dans :

Eau distillée...........................	100 grammes.
Azotate d'argent.....................	6 grammes.

On répète cette opération tous les trois jours, jusqu'à modification évidente des pustules.

Après chaque cautérisation, on donne un bain de siége et on lotionne souvent avec la décoction de têtes de pavot ou la solution étendue d'opium. On peut aussi employer le crayon d'azotate d'argent, surtout quand on veut bien limiter la cautérisation, dans les cas d'ulcérations un peu profondes, ou si les plaques revêtent la forme condylomateuse ; on peut alors, en cautérisant un peu fort, détruire peu à peu l'excroissance que le malade ne veut pas laisser extirper. Le crayon est surtout préférable pour les pustules situées dans la cavité buccale ou sur le col utérin. On peut saupoudrer les pustules des autres régions avec une poudre inerte, comme l'amidon ou bien le calomel préparé à la vapeur.

Je n'ai jamais été partisan des pommades soit au mercure, soit à l'oxyde de zinc, soit à l'iodure de soufre. Je trouve qu'elles finissent toujours par irriter. Il est des praticiens qui les emploient après la guérison des pustules, pour faire disparaître les macules qu'elles laissent à leur place.

M. Baumès fait grand cas de la pommade suivante :

Calomel...............................	10 grammes.
Axonge................................	30 grammes.

J'ai dit en tête de l'article Traitement que la pustule muqueuse était l'accident qui disparaissait le plus facilement, soit simplement par des soins de propreté, soit par le traitement local que je viens de faire connaître. Je dois ajouter que c'est aussi l'accident qui reparaît, qui se reproduit le plus rapidement, le plus sûrement sous la même forme ou sous une autre quand on se borne à ces soins et à ces topiques. On devra donc faire un traitement général mercuriel, et on le commencera en même temps que le traitement local ou après quelques jours de repos, surtout s'il y a une irritation prononcée, une complication inflammatoire. C'est ordinairement cette dernière conduite que je tiens.

Dans les cas de complication inflammatoire, et si le sujet est jeune, je commence par une saignée du bras ; cette évacuation sanguine est pratiquée dans le double but de calmer l'inflammation et de préparer l'action du mercure.

M. Baumès conseille le sublimé, selon la formule de Van Swieten,

ou en pilules. Je préfère le proto-iodure que j'administre comme je le dirai quand il sera question du traitement de la vérole confirmée. Je donne surtout ces pilules, si les pustules existent avec d'autres accidents qui prouvent que la diathèse syphilitique est établie. Dans les autres cas, c'est-à-dire lorsque les pustules sont considérées comme primitives, je pense que le sublimé vaut mieux.

SECTION DEUXIÈME.

MALADIES VÉNÉRIENNES DITES CONSÉCUTIVES (VÉROLE).

Les maladies qui vont être étudiées dans cette deuxième section ont reçu le nom de *consécutives*, parce qu'elles se manifestent *ordinairement* après celles que je viens de faire connaître et quand le virus syphilitique a agi sur les liquides et les solides de manière à créer une constitution à part, ce qui fait que ces lésions sont encore appelées *constitutionnelles ;* on dit aussi qu'il y a alors *diathèse syphilitique* ou *vérole confirmée,* ou simplement *vérole.*

Je vais traiter de ces maladies en deux chapitres. Dans le premier, je les considérerai en général. Je passerai en revue, dans deux articles, leurs caractères, l'époque et l'ordre de leur apparition. D'autres articles seront consacrés à l'examen des causes qui les déterminent, à la fièvre syphilitique, à l'état du sang pendant la vérole. J'examinerai ensuite si l'on peut n'avoir celle-ci qu'une fois. Enfin, je terminerai ce premier chapitre par un article important, celui de la thérapeutique de la syphilis. Un deuxième chapitre traitera des maladies vénériennes consécutives en particulier.

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES VÉNÉRIENNES DITES CONSÉCUTIVES, CONSIDÉRÉES EN GÉNÉRAL.

ARTICLE Ier.

Caractères.

Le titre de ce chapitre indique, ce que j'ai déjà dit d'ailleurs, que les maladies dont il sera question apparaissent après celles qui ont été étudiées dans la section précédente. Mais je n'ai pas été absolu, et par mes réserves j'ai voulu me montrer fidèle aux principes que j'ai déjà soutenus sur l'*absorption physiologique,* qui est l'introduction du virus syphilitique dans l'économie, sans ulcération, sans inflammation préalable de la surface d'application. Le virus absorbé par une surface saine pouvant agir sur l'économie tout comme celui qui a produit des

accidents dits primitifs, les maladies de cette deuxième section peuvent donc apparaître d'emblée, être les premières manifestations de la syphilis. Mais on les observe communément à une époque plus ou moins éloignée de la première impression syphilitique; elles ont l'habitude de se montrer sur plusieurs points, dans plusieurs régions, en même temps ou successivement, et elles peuvent couvrir une grande surface. C'est, en partie, ce qui a fait appeler aussi ces maladies *générales*. Les syphilides qu'on peut voir pousser sur tous les points du tégument externe offrent un exemple remarquable de cette forme de la vérole. Au contraire, les lésions qui sont le plus souvent primitives, sont généralement bornées à une sphère étroite qui est la sphère de la contagion, ce qui a contribué à les faire appeler *locales*.

Tous les tissus peuvent être envahis par la vérole, depuis l'épiderme, le derme, le tissu cellulaire, jusqu'aux tissus fibreux, osseux, aux parenchymes. Les lésions revêtent les formes les plus variées, depuis la macule de la peau, la simple élevure jusqu'à la tumeur la plus volumineuse. Généralement c'est l'élément fibro-plastique qui se remarque quand il y a tumeur, du moins pendant une période. Il y a une couleur, une teinte qui est particulière à la plupart de ces maladies, le rouge cuivre éteint : cette couleur est tellement caractéristique qu'elle a été appelée *teinte syphilitique*. Comme symptôme subjectif, il existe souvent des douleurs nocturnes; elles ont de tels rapports avec certaines lésions consécutives que leur existence seule accuse la vérole. La marche est en général chronique; on n'observe pas, comme dans la première classe, celle des maladies dites *primitives*, des inflammations promptement dangereuses : ce sont plutôt des altérations lentement destructives; l'ulcération, et l'ulcération persistante, semble être la tendance de la vérole livrée à elle-même, et elle produit presque immanquablement ces effets si la constitution est mauvaise et s'il survient des complications. Si l'on peut souvent mettre en doute l'influence du traitement spécifique contre les maladies vénériennes primitives, il n'en est pas de même ici, car la nature, dans le plus grand nombre des cas, est impuissante, et les moyens simples inutiles. Au contraire, le mercure contre la plupart des syphilides, et l'iodure de potassium contre certaines tumeurs, ont une influence quelquefois si prompte, si directe (surtout l'iodure), qu'il y a impossibilité de leur dénier la cure. Mais ici encore, il ne faudrait pas exagérer la puissance thérapeutique et méconnaître la *force médiatrice* qui peut, à elle seule, dompter les véroles les plus réfractaires aux moyens dits héroïques. On notera seulement que ces derniers cas sont très-exceptionnels.

ARTICLE II.

Époque, ordre, apparition.

Ordinairement les maladies consécutives se manifestent par groupes ayant une certaine analogie, et à des époques différentes. Ce fait n'a échappé à aucun observateur. Il a été même reconnu, de très-bonne heure, que ces maladies suivaient alors dans leur apparition un certain ordre. Mais ces époques ne sont pas tout à fait fixes, et cet ordre n'est pas complétement régulier; l'observation est positive sur ce point.

Selon Hunter, l'époque de l'apparition des maladies consécutives varie selon la susceptibilité des parties qui en sont le siége. A ce point de vue, il y aurait des *parties de premier ordre* et des *parties de second ordre*. Celles de premier ordre, c'est-à-dire les plus susceptibles, sont d'après le syphiliographe anglais : la peau, les amygdales, le nez, la gorge, la surface interne de la bouche et quelquefois la langue, c'est-à-dire la peau et certaines muqueuses. Celles du second ordre ont pour siége le périoste, les aponévroses, les os. Hunter, faisant jouer un grand rôle à l'air comme cause déterminante des maladies constitutionnelles, croyait que le travail morbide était plus prompt du côté des téguments, parce que l'action directe de l'air leur donnait plus de susceptibilité. Appliquant la même théorie à l'évolution des maladies qui affectent les parties de second ordre, Hunter montrait les pièces du squelette les plus rapprochées de la peau comme étant affectées avant les os profonds : ainsi les os de la tête, le tibia, le cubitus, les os du nez, devaient être plus souvent, plus promptement affectés que les autres os. Le chirurgien anglais pensait aussi que la susceptibilité pouvait dépendre de la structure de l'os : elle était alors en raison composée de la proximité de la peau et de la dureté du tissu osseux. D'ailleurs, Hunter avouait que *cet ordre peut être interverti*, et il admettait la possibilité de la lésion des parties de second ordre, celles de premier n'ayant jamais été lésées, c'est-à-dire que Hunter ayant un esprit éminemment généralisateur, ne perdait pas une occasion de l'exercer; mais, comme il était en même temps profond observateur, les exceptions ne lui échappaient pas, et il ne les dissimulait pas toujours. Hunter d'ailleurs ne parle jamais de *lois immuables;* il connaissait trop bien la nature malade pour cela; il savait que c'est surtout alors qu'elle échappe aux lois.

Ainsi, en se plaçant au point de vue de Hunter et prenant sa théorie sur l'action de l'air pour ce qu'elle vaut, on peut admettre, *dans une certaine mesure*, pour peu qu'on soit de l'école ana-

tomique, les deux ordres de lésions qu'il établit. Les téguments, considérés de la manière la plus générale, semblent exprimer d'abord l'impression qu'ils ont reçue. Ceci n'est pas exclusif au virus syphilitique. Tous les agents morbides de cet ordre fournissent des résultats analogues. Ainsi les effets de ce que j'appellerai le virus de la rougeole, de la variole, sont observés d'abord du côté des téguments : on constate des exanthèmes et des pustules imités par les syphilides, car la rougeole, la variole sont répétées par la roséole et une certaine forme d'ecthyma. Mais cela ne veut pas dire que la peau soit le premier tissu affecté ; cette membrane étant accessible à tous nos sens, l'œil de l'observateur saisit, à leur origine même, ses moindres changements de coloration, ses moindres taches, tandis que les premiers phénomènes analogues qui se passent dans les tissus sous-cutanés, du côté du périoste et des os, ne peuvent être d'abord constatés, car là les lésions n'arrivent à nos sens que lorsqu'elles se sont beaucoup plus matérialisées, sous forme de tumeur ; et comme il faut à certains esprits que la maladie ait ce volume, qu'elle se manifeste sous sa forme que j'appellerai chirurgicale pour être une maladie, les douleurs rhumatoïdes, les céphalées quelquefois atroces et même les contractures qui précèdent les affections cutanées, ne comptent pour rien. C'est un groupe d'accidents, une phase de la syphilis qu'on supprime.

Mais si on veut être sévère en observation et si on interprète les faits pathologiques non-seulement dans leur expression physique, mais aussi dans leur expression physiologique, on constate que ce sont les tissus fibreux, musculaires et osseux, qui souffrent d'abord ; car ce qu'on a appelé douleurs rhumatoïdes, est une période de la syphilis qui précède le plus souvent les syphilides. On voit donc ce que devient la classification empruntée à Hunter, quand on la rapproche du grand jour de la philosophie médicale ; elle se retourne, et les accidents de second ordre deviennent de premier ordre. D'ailleurs, en prenant cette classification à son point de vue le plus étroit et le plus anatomique, il est facile de trouver des exceptions qui la modifient beaucoup, puisqu'on a vu des exostoses se montrer immédiatement après le chancre sans l'intermédiaire de l'affection cutanée. M. Ricord, matérialisant tout à fait l'idée de Hunter, accepte sa division et appelle les maladies qui atteignent les parties de premier ordre *accidents secondaires*, celles de second ordre *accidents tertiaires*, parce qu'il place en tête les *accidents primitifs*. Toute sa syphilis se trouve donc ainsi numérotée :

1° Accidents primitifs ;
2° Accidents secondaires ;
3° Accidents tertiaires.

Cette espèce de triade syphilitique est vieille comme toutes les triades; on la trouve, en entier, et sous la même formule, dans Thierry de Hery, et elle est reproduite traditionnellement à peu près par tous les auteurs qui lui ont succédé [1]. M. Ricord la rajeunit, la popularisa, en la représentant comme appuyée sur l'expérimentation à une époque où l'expérimentation était en faveur et comme simplifiant beaucoup la syphiliographie. Sa vogue fut donc grande auprès des esprits qui s'arrêtent à la surface des choses ou qui n'ont pas le temps ou la force de les creuser. Mais ceux qui aiment à aller au cœur des questions firent de fortes objections. Comme la plupart des opposants n'étaient pas convaincus de l'utilité de l'expérimentation, comme ils croyaient à ses dangers et la jugeaient même peu morale, ils négligèrent et blâmèrent ce moyen de *popularité*; d'où leur peu de succès auprès de ceux qui ne savent pas comprendre quand on ne parle qu'à l'esprit. Toutefois, parmi ces opposants, il y en eut qui, tout en faisant la plus grande part à l'observation, comprirent les nécessités du temps, quelques avantages de l'expérimentation, et pensèrent qu'en l'employant dans certaines limites ils pourraient être utiles à la science sans enfreindre les lois de la morale bien interprétée. On expérimenta donc plus philosophiquement, c'est-à-dire sans perdre de vue l'observation. On ne se contenta plus de parler à l'esprit, on parla aux sens, et ce fut surtout sur le terrain même de l'ex-

[1] « Les symptômes ou accidens communs de cette maladie sont plusieurs desquels les vns précèdent, les autres suiuent, les autres suruiennent. Ceux qui précèdent font vlcère de diverse nature : en la verge ardeur d'vrine ou pisse chaude, bubons ou poulins, lesquels seront dits précéder pource qu'encore qu'ils soient équivoques et puissent aduenir et non aduenir sans ou avec contagion d'icelle maladie, ont néantmoins le plus souuent accoutumé de les précéder et seruir quasi d'avant coureurs. Les autres que nous appellons suivans ou consécutifs font pustules et ulcères naissant par tout le corps, principalement aux parties honteuses, au siége, à la bouche, à la gorge, à la tête, au front et aux émonctoires. Pareillement cheute de poils communément dite pelade, douleurs articulaires, souvent mobiles aussi, mais peu souuent tophes ou nodositez.

« Les derniers que nous appelons survenans ou extraordinaires, qui naissent après les imparfaites et non curations, cause des récidiues sont douleurs fixes de toute la teste ou d'une partie d'icelle, des bras, des iambes, principalement avec nodositez où souuent sont les os cariez et corrompus, vlcères virulens et phagédéniques communément dits ambulatifs, scissures, ou dartres aux mains, pieds et autres parties du corps, vice provenant de chacune des concoctions avec marasmation et amaigrissement d'iceluy. » (Thierry de Hery, *La méthode curatoire de la maladie vénérienne*, p. 133.) Ce passage de Thierry est très-remarquable, parce qu'il est le résultat d'une observation qui marque bien les trois groupes, mais qui sait tenir compte des exceptions.

périmentation qu'on attaqua, avec succès, les erreurs de l'expérimentation. Déjà, en parlant des pustules muqueuses, j'ai prouvé leur inoculabilité qui avait été niée par l'expérimentation, mais par l'expérimentation insuffisante. On verra répandus dans cette deuxième section les débris des erreurs de cette même expérimentation. Je commence par la classification [1].

1° *Accidents primitifs.* — Il n'y en aurait qu'un, le chancre, lequel, une fois guéri, ne peut se reproduire à moins d'une nouvelle contagion. Cet accident s'inoculerait sans pouvoir se transmettre par voie d'hérédité.

a. Il a été déjà démontré dans cet ouvrage (section première) qu'il y avait une blennorrhagie virulente; donc le chancre n'est pas le seul accident primitif. *b.* Il est très-vrai que le chancre s'inocule et s'inocule facilement; mais il faut ajouter qu'il ne s'inocule pas toujours.

2° *Accidents secondaires.* — Ils se rapportent à certaines affections de la peau, de quelques points des muqueuses, ainsi que de leurs dépendances, et à des états pathologiques particuliers, des yeux, des ganglions lymphatiques. Ces accidents ne seraient transmissibles que par voie d'hérédité, sans être inoculables; ils arriveraient rarement avant la troisième semaine qui suit l'apparition des accidents primitifs, et plus rarement encore après le sixième mois.

a. Pour ce qui est de la transmissibilité de l'accident secondaire en dehors de l'hérédité, elle est prouvée par les faits d'infection de la femme qui nourrit un enfant porteur de pustules consécutives, par les faits de contagion chez les adultes qui se transmettent très-bien le tubercule plat; elle a été prouvée par les expériences de M. Cazenave, de Wallace, de Waller, de M. Bouley, de M. Richet, de M. Litthmann, par les miennes et par celles d'autres expérimentateurs encore. Déjà des expériences ont été rapportées au chapitre des plaques muqueuses, et l'on va lire bientôt, quand il s'agira de la syphilide pustuleuse, des faits tout aussi concluants. De sorte que cette distinction entre l'accident primitif et l'accident secondaire fondée sur la transmissibilité, distinction à laquelle on a donné une si grande importance, s'est effacée devant l'expérimentation, et l'expérimentation appuyée sur la clinique. Les primitifs et les secondaires sont inoculables.

b. Quant à l'époque de l'apparition des accidents secondaires, en disant que c'est avant la troisième semaine et plus rarement après le sixième mois, on évite l'absolu. Mais on n'est pas encore dans le vrai, du moins

[1] Les propositions sont numérotées; les objections portent des lettres.

d'après les observateurs qui ont plus spécialement étudié la question relative au temps qui s'écoule entre les symptômes primitifs et les symptômes secondaires. Ainsi MM. Legendre, Martins et Cazenave ont établi une moyenne qui est bien au-dessus du maximum donné par M. Ricord. M. Legendre, un des élèves les plus distingués de l'hôpital Saint-Louis, auteur d'une thèse remarquable sur les syphilides, dit en propres termes : « J'ai obtenu pour moyenne générale de l'intervalle de temps qui sépare les symptômes primitifs des syphilides (accidents secondaires) cinq ans, résultat absolument semblable à celui que M. Martins avait déjà consigné dans son mémoire. »

Le lecteur qui voudra soutenir ma thèse est prévenu qu'on lui objectera le mercure comme ayant le pouvoir de retarder l'apparition des accidents. Or comme le mercure a presque toujours été employé quand le malade arrive à cette période de la syphilis, l'objection lui sera donc faite très-souvent. Donc très-souvent les accidents arrivent plus tard qu'on ne dit. Voilà le fait. Le reste est une explication.

3° *Accidents tertiaires.* — Ce sont des altérations spéciales du tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux, des testicules, des tissus fibreux et osseux et des organes profonds. Ces accidents non-seulement ne s'inoculeraient pas, mais ils ne sauraient se transmettre par voie d'hérédité avec leur physionomie spéciale; seulement, en vertu d'une sorte de dégénérescence ou d'une modification de la syphilis, ils sont peut-être une des sources les plus fécondes des scrofules.

a. Ayant déjà prouvé que les tissus fibreux et osseux peuvent être lésés avant la peau, que devient la dénomination d'accident tertiaire appliquée à cet ordre de lésions ?

b. Pour ce qui est de la transmissibilité par voie héréditaire, je fais mes réserves. Ces questions reviendront quand il s'agira des maladies vénériennes chez les nouveaux nés.

c. Quant aux transformations d'une maladie en une autre, surtout des diathèses, cette idée, d'ailleurs très-ancienne, n'a pas encore trouvé de faits à l'appui. On ajoute que les accidents tertiaires ne paraissent jamais avant le sixième mois, et peuvent se manifester plusieurs années après l'apparition des accidents primitifs. Je réponds que j'ai observé des périostoses beaucoup plus précoces : je les ai observées pendant l'existence des symptômes primitifs et bien avant le sixième mois. D'ailleurs, il peut y en avoir d'emblée, c'est-à-dire apparaissant comme première manifestation de la syphilis.

En résumé, les distinctions des trois catégories d'accidents qui se fondent sur leur transmissibilité ou leur non-transmissibilité ne peuvent être absolues, et l'époque de leur manifestation est mal com-

prise, puisqu'on ne tient pas compte du groupe de symptômes qui se rapporte à l'affection rhumatoïde et qui précède les syphilides. D'ailleurs le fait, très-exceptionnel si l'on veut, mais le fait réel de l'apparition d'emblée des accidents secondaires et même des tertiaires, enlève toute valeur au caractère emprunté au temps qui se passerait entre les accidents primitifs et les autres, puisque la vérole peut ne se composer que d'une syphilide ou d'une exostose sans autre affection syphilitique préalable.

Il faut qu'on sache aussi que les trois divisions indiquées ne sont pas suffisantes pour classer tous les accidents, toutes les phases de la syphilis. Ainsi, après le chancre, et quelquefois longtemps après sa guérison, il peut survenir un bubon réellement syphilitique qui ne saurait être accepté logiquement comme un accident primitif, puisqu'il a été précédé d'un autre accident. Cependant on ne veut pas le classer parmi les accidents secondaires, parce qu'il peut s'inoculer et qu'on a posé en principe la non-inoculabilité de l'accident secondaire. On en fait alors un *accident successif*. Mais comme le même accident, le même bubon, peut survenir sans chancre préalable et d'emblée, il se trouve qu'il peut être tantôt *primitif*, tantôt *successif!* Maintenant, étudiez bien les divers accidents de la troisième catégorie, et vous verrez que de l'affection spéciale du tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux, que de l'apparition de ces espèces de tubercules à l'exostose, il peut se passer encore un temps considérable, des années. Ces tubercules sont même plus voisins des accidents secondaires que des tertiaires. On les a appelés *accidents de transition*. Ainsi voilà encore deux ordres d'accidents, les *successifs* et ceux de *transition*, qui, acceptés comme unités, élèvent à cinq le nombre des accidents syphilitiques, ou si l'on ne veut les admettre que comme des fractions d'accidents, on n'ira pas jusqu'à cinq peut-être ; mais, dans tous les cas, la triade sera fort compromise, car on aura été obligé d'en venir aux moyens termes. La difficulté serait bien autre, si on se trouvait dans l'obligation de classer la phase que j'appellerai rhumatoïde ! Mais la trouvant trop embarrassante, on la supprime. Elle n'est pas dans les livres des positivistes ; elle n'est plus que chez le malade.

Je ne soulève pas toutes ces objections pour le plaisir de les soulever, mais pour familiariser les jeunes médecins avec les exceptions, surtout quand elles sont aussi nombreuses et aussi importantes, et pour leur montrer que ce qui paraît si simple, vu de loin et à l'école, peut être très-complexe, vu de près, en présence de la nature et à la lueur de la vraie philosophie médicale.

ARTICLE III.

Causes déterminantes.

J'ai déjà dit que le virus pouvait rester une cause sans effet et que la diathèse ne s'établissait pas par le fait seul de l'absorption de cet agent. Il faut d'autres causes qui poussent à cette diathèse. Ces causes ont été cherchées dans l'idiosyncrasie, le sexe, l'âge, les tempéraments, les circonstances hygiéniques, pathologiques.

Il est évident que tous les sujets ne sont pas également favorables au développement de la diathèse ; il en est même qui sont sous ce rapport complétement réfractaires. Chez eux, le virus introduit dans l'économie reste toujours à l'état d'innocuité, ou bien il est détruit ou expulsé sans que nous sachions comment. En effet, des chancres parfaitement caractérisés et abandonnés à eux-mêmes ou seulement traités par des moyens insignifiants, ont été cependant guéris radicalement, c'est-à-dire qu'après la réparation de l'ulcère tout a été fini, et rien de syphilitique n'a plus été remarqué chez ces malades. Les partisans de la doctrine physiologique, ceux qui niaient le virus et dont la thérapeutique était en rapport avec cette idée, ont publié des faits assez nombreux qui prouvent que le virus peut se borner à produire ce qu'on appelle les *symptômes primitifs*. Voilà ce qu'on sait parfaitement. Mais ce qu'on ignore, ce sont les âges, les constitutions, les tempéraments, le sexe, qui peuvent promettre le plus souvent cette immunité. On a pensé que les constitutions strumeuses étaient plus favorables au développement des symptômes consécutifs. Les faits ont prouvé seulement que dans ces circonstances la vérole exerçait de plus grands ravages ; voilà tout. Et encore faudra-t-il tenir compte des cas assez nombreux prouvant que de superbes constitutions ont été tout aussi maltraitées par la syphilis que les constitutions les plus détériorées.

Pour ce qui est des sexes, ce que je puis dire, c'est qu'à Lourcine, dans le service des femmes, j'ai relativement moins observé de *véroles confirmées* qu'à l'hôpital du Midi, où je ne traite que des hommes. Ceci n'est qu'un souvenir et non une statistique comme il la faudrait pour établir l'influence des sexes sur la production des accidents consécutifs. Mais il est généralement reconnu que chez la femme la syphilis est moins grave que chez l'homme.

Quant à l'âge, on peut dire que dans la première enfance la vérole étant héréditaire, on n'observe guère que les accidents dits *secondaires ;*

ce sont ordinairement des pustules, et la syphilis est très-grave alors. A mesure qu'on s'éloigne de la première enfance, la syphilis constitutionnelle est moins fréquente. Une fois l'adolescence arrivée, les affections consécutives redeviennent fréquentes et elles s'aggravent à mesure qu'on s'éloigne de cet âge. Non-seulement alors ces lésions offrent généralement plus de danger, mais les formes graves sont plus fréquentes que les formes légères.

Il est des circonstances hygiéniques, d'autres qu'on peut appeler pathologiques, dont l'influence est réelle sur la production des symptômes consécutifs. Ainsi, une mauvaise alimentation, les excès de table, la fatigue excessive, un changement brusque de température, peuvent avoir une grande part dans le développement de la syphilis constitutionnelle et sur les récidives. On a vu l'apparition de la vérole coïncider avec un voyage d'un climat chaud à un climat froid ou humide, comme on a observé des guérisons s'opérer par un voyage en sens contraire. Cependant il ne faudrait pas trop exagérer l'influence de la température sur la production des symptômes consécutifs, car à côté des faits qui accusent le froid il en est qui accusent la chaleur : ainsi j'ai observé un forgeron qui n'eut des syphilides que sur les avant-bras, les mains, sur les parties enfin les plus exposées au feu de la forge. Le défaut de soins, la malpropreté, la misère, sont on ne peut plus favorables au développement de certains symptômes ; tous les jours on peut constater cette vérité par ce qui se passe chez ces malheureux ouvriers qui arrivent à l'hôpital du Midi, couverts de plaques muqueuses, et qui sont si promptement soulagés par le repos et des bains locaux et généraux.

Quant aux circonstances pathologiques, on a vu des syphilides survenir après un accès de fièvre. Mais qui sait si ce n'était pas là une fièvre éruptive syphilitique ? On a vu apparaître une syphilide après une phlegmasie de l'abdomen, de la poitrine. Cependant, sur ce point, c'est-à-dire sur l'influence des circonstances pathologiques, les syphiliographes sont moins d'accord que sur l'influence de l'hygiène. Pour certains auteurs, toutes ces causes sont impuissantes. Toute l'étiologie de la vérole est dans la forme du chancre. Si le chancre est induré, il y aura vérole, c'est-à-dire infection générale. Si le chancre n'est pas induré, l'affection restera locale, il n'y aura pas de vérole, l'ensemble de l'organisme ne sera nullement compromis quelles que soient les influences qui pourraient jouer le rôle de causes déterminantes. On voit ici un retour vers l'opinion qui admet la pluralité des virus. Selon ces médecins, le chancre infectant induré transmet seul le chancre infectant, celui qui donne la vérole ; l'autre est un chan-

croïde; il n'infecte pas; il se communique, mais il reste aussi local chez la personne qui le reçoit que chez celle qui le donne. Un jeune médecin avait cité un fait à l'appui de cette théorie qu'il adopte, dans un travail inséré dans deux journaux. Ce fait était offert par une femme de Lourcine. M. Cullerier, chef de service de cet hôpital, donna tous les détails de l'observation qui prouvait précisément le contraire de ce que ce médecin avait avancé, puisque des chancres simples, considérés comme non infectants et contractés avec un homme ayant le même symptôme (la même forme de chancre), puis communiqués sous la même forme à un autre homme, ont été suivis chez cette femme de roséole, d'alopécie, d'engorgements cervicaux, de condylomes à l'anus [1]. Est-ce clair ?. Il est arrivé là un désagrément auquel devront s'attendre tous les faiseurs de lois pathologiques plus ou moins absolues.

ARTICLE IV.

Fièvre syphilitique.

Cette fièvre pourrait à la rigueur être comparée aux fièvres éruptives, car elle précède quelquefois les syphilides et elle s'éteint souvent quand elles ont poussé ; il arrive aussi qu'elle persiste au moins par quelques-uns de ses symptômes qui apparaissent sous la forme intermittente d'accès nocturnes avec grande chaleur et sueurs abondantes. Si la fièvre était toute dans l'accélération du pouls, certes il y aurait très-peu de fièvres syphilitiques, du moins précédant ou accompagnant les accidents consécutifs; il n'y aurait guère que la fièvre syphilitique des accidents primitifs, telle qu'elle a été observée par M. Castelnau [2] et telle que vient de la décrire M. Chausit [3]. Ce n'est pas que le sang ne soit profondément altéré quand cette fièvre des accidents consécutifs survient, mais elle a le caractère de chronicité que revêtent en général ces accidents, et les troubles de l'hématose se manifestent ordinairement par des symptômes de chloro-anémie.

Les modifications de la motilité, de la sensibilité sont plus réelles, plus prononcées. Dans le plus grand nombre des cas, avant l'apparition de certaines syphilides, par exemple la roséole, les traits du malade s'altèrent; il est triste, il se plaint de courbatures, d'abattement, d'affaiblissement des forces musculaires, absolument comme s'il allait se déclarer

[1] *Union Médicale*, 6 janv. 1855, et *Moniteur des Hôpitaux*, 30 déc. 1854.

[2] *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, t. II.

[3] Voyez le même journal, numéro d'avril 1852.

une des éruptions de l'enfance. Ce qui est surtout bien marqué, ce sont les modifications de la sensibilité qu'on a comparées aux douleurs névralgiques, aux douleurs rhumatismales. Elles se manifestent souvent à la tête : ainsi il y a une céphalalgie tantôt diurne, tantôt nocturne. Toute la tête est prise, ou bien c'est seulement une des régions temporales. Alors la douleur revêt quelquefois la forme d'une névralgie périodique. Les douleurs les plus fréquentes sont au voisinage des articulations, quelquefois aux lombes, à la nuque, au sternum, sur les parois costales ; ce sont les douleurs rhumatoïdes des modernes. Elles précèdent les plus superficielles manifestations dites *secondaires*, et peuvent aussi préluder à des accidents du même ordre, mais plus profonds, et accompagner les récidives. Ces douleurs rhumatoïdes ne sont pas continues ; elles sont aussi soumises à une espèce d'intermittence, et les accès seraient provoqués par la chaleur, celle du lit surtout. Selon M. Ricord, les malades qui font de la nuit le jour peuvent ainsi intervertir ces accès. Ceci n'est pas hors de doute. Le même expérimentateur a cherché à distinguer ces douleurs des douleurs ostéocopes, de celles qui se lient à une autre période de la vérole. Les douleurs rhumatoïdes ne viennent pas régulièrement à chaque accès occuper la même place, et la pression exercée pendant les intermittences ne les rappelle pas ; il est, au contraire, des malades qui trouvent du soulagement dans la compression exercée au moment de l'accès, et dans les mouvements des membres endoloris. Ils calment aussi leurs douleurs par l'exposition des parties au froid. Il n'y a d'ailleurs aucune modification dans la couleur de la peau, dans la température des parties, aucune tuméfaction. C'est tout différent pour les douleurs qui se rapportent aux lésions profondes des os. Les douleurs rhumatoïdes sont quelquefois avec roideur des membres; quelquefois au lieu de douleur c'est un sentiment de pesanteur, un engourdissement. Avec les douleurs rhumatoïdes, avec la céphalée, il y a parfois des contractures musculaires. Ce groupe de symptômes est, dans certains cas, très-distinct et séparé des accidents d'inoculation et des syphilides. Je ne vois donc pas pourquoi il ne porte pas un numéro d'ordre dans les classifications numériques de la syphilis. Voyez ce que j'ai déjà dit sur cette phase de la vérole dans l'article 2, page 293 et suiv.

Hunter avait déjà parlé de la fièvre syphilitique, et il faut que les médecins qui s'occupent des questions de priorité sachent que ce syphiliographe a dit le premier que cette fièvre ressemblait beaucoup à la *fièvre rhumatique* [1]. En parlant ensuite des symptômes constitution-

[1] Traduction française. p. 578.

nels, il fait mention des douleurs semblables aux *douleurs rhumatismales*[1]. Mais en général, Hunter considère cette fièvre comme accompagnant les lésions consécutives et non comme prodromique.

C'est surtout l'affection rhumatoïde qui constitue le symptôme le plus spécial de la vérole ; les autres peuvent être observés dans une foule de maladies. On a observé aussi des troubles dans les fonctions digestives, des étourdissements, comme prodromes de la vérole.

M. Ricord a accordé une grande valeur au développement des ganglions de la région cervicale postérieure comme première preuve de l'infection. Ce développement ganglionnaire est réellement manifeste dans la région indiquée ; mais il se produit souvent aussi dans presque toutes les régions où se trouvent des ganglions, et on le constate, en général, quand on veut bien les chercher. Je répéterai, d'ailleurs, ce que j'ai dit quand il a été question de l'adénite considérée comme compagne obligée du chancre induré : les mêmes tumeurs peuvent être produites par la moindre ulcération, le moindre bouton de la peau ; et comme elles sont liées à l'affection strumeuse, comme elles peuvent être antérieures à l'affection syphilitique, on ne devra pas leur accorder une grande valeur dans le diagnostic. M. Salleneuve, interne de M. Ricord, a examiné 50 sujets pour constater, dit-il, les ganglions à l'état normal ; sur ce nombre, neuf seulement étaient sans engorgement ganglionnaire. Il y en avait sur les autres aux aines surtout, puis au cou, aux aisselles[2]. Quelle est donc la valeur d'un pareil état pour déceler une lésion pathologique quand il coïncide si souvent avec l'absence de cette lésion.

Je ne quitterai pas ce sujet sans signaler une erreur qui peut être occasionnée par le développement des ganglions appliqués sur les surfaces osseuses. Ainsi sur la face extérieure de l'apophyse mastoïde, un ganglion peut être dur, immobile et simuler une exostose.

ARTICLE V.

Sang des syphilitiques.

J'ai déjà prouvé, je prouverai encore que certains produits morbides, pendant la syphilis, sont inoculables. Quant aux sécrétions normales, il en sera question dans le paragraphe relatif aux causes des maladies vénériennes chez les nouveaux nés. On verra que la syphilis

[1] Traduction française, p. 559.
[2] Thèses de Paris 1852.

peut être héréditaire par le fait du père, ce qui fait supposer une certaine altération du sperme. Je traiterai aussi la question de savoir si la nourrice peut infecter le nourrisson par le lait.

Ici il s'agira du sang des syphilitiques.

Selon Waller, la déglobulisation du sang pendant l'existence de la diathèse syphilitique serait en partie justifiée par l'aspect et par quelques-uns des accidents que les globules éprouvent; mais la démonstration à l'aide de l'analyse du sang n'aurait pas été faite. Le docteur Lerch, sur la prière de Waller, soumit à une analyse quantitative le sang de plusieurs vénériens sans arriver à aucun résultat positif. Cependant M. Grassi dit avoir fait des analyses desquelles il résulterait que dans le sang des sujets atteints d'accidents consécutifs, la proportion des globules diminue et quelquefois d'une manière très-notable : ce serait le contraire pendant l'existence des accidents primitifs. La quantité d'albumine serait en raison inverse de la quantité des globules. C'est ce qui a fait dire à M. Dorvault qui a publié les expériences de M. Grassi : « A mesure que la syphilis se constitue dans l'économie, le fluide nourricier perd peu à peu de sa force par la résolution de ses globules en albumine [1]. » Tout ce que je puis dire, c'est qu'il est des sujets atteints de symptômes primitifs qui sont fort débilités, chez lesquels le sang ne doit pas être fort riche en globules, tandis qu'il est des individus en pleine vérole, qui restent pléthoriques. Mais ce n'est pas la règle.

On a beaucoup agité la question de savoir si le virus était seulement mêlé au sang et dans des rapports tout à fait physiques, conservant ainsi toutes ses propriétés, ou bien si ces propriétés se modifiaient, s'altéraient. Selon Waller, l'idée du simple mélange du virus avec le sang est contraire aux principes de la physiologie, et les expériences la renversent en démontrant que l'inoculation faite avec le sang est incapable de reproduire un chancre primitif, tandis que la syphilis secondaire peut être ainsi communiquée à des sujets sains. Carmichaël mentionne deux faits confirmatifs ; Waller aussi. De plus, ce dernier médecin a fait une expérience des plus concluantes dont je rapporterai tous les détails. Selon Hunter, le sang n'a aucune qualité contagieuse. « S'il pouvait, dit-il, faire naître dans une plaie saine l'inflammation syphilitique, aucun sujet ayant la matière vénérienne en circulation, c'est-à-dire ayant la syphilis constitutionnelle, ne pourrait éviter un ulcère vénérien toutes les fois qu'il serait saigné ou qu'il se ferait une égratignure avec une épingle ; les petites plaies ainsi produites se transformeraient en autant de chancres. En effet, que le pus vénérien soit

[1] *Gazette médicale*, 1850, p. 200.

placé à la pointe d'une lancette ou d'une épingle, les piqûres faites avec ces instruments deviennent des chancres [1]. » On voit naître ici un argument qui a plus tard singulièrement obscurci les questions relatives à l'inoculation expérimentale des accidents secondaires. Hunter voudrait que le virus combiné avec le sang eût les mêmes propriétés, produisît des effets identiques à ceux du pus chancreux : il faudrait donc qu'il produisît des chancres sur le malade même. On a exigé aussi qu'il en fît autant sur les individus sains auxquels on l'aurait inoculé. Waller a déjà répondu à Hunter. D'ailleurs la question doit être autrement posée. On ne doit pas demander si le sang peut transmettre telle ou telle forme de la syphilis, mais s'il peut transmettre la syphilis sous une de ses formes. Si l'on n'élargit pas ainsi la question, on n'aboutira à rien.

Ceux qui nient la possibilité d'une transmissibilité quelconque par le sang, s'appuient sur ce fait que des malades en pleine vérole ont vu leur plaie se réparer comme les sujets sains, ils invoquent les réunions immédiates qu'on obtient à la suite de certaines opérations pratiquées aux syphilitiques. Ceci prouve tout simplement qu'un sang altéré d'une certaine manière, ou mêlé à un poison morbide, peut cependant faire les frais d'une cicatrisation. Cette preuve d'ailleurs avait déjà été fournie par les faits assez nombreux de réunion immédiate à la suite de l'extirpation d'une tumeur pendant l'existence d'une diathèse cancéreuse des plus prononcées, dans les cas, par exemple, d'opérations palliatives du cancer, quand l'ulcération du sang ne peut être mise en doute. Mais ces faits acquis à la pathologie, et que j'ai méconnus dans un temps, ne prouvent pas que le sang d'un vérolé ne puisse, dans aucune circonstance, agir sur l'individu même et produire des accidents syphilitiques d'un certain ordre, que ce même sang ne puisse être le véhicule de la vérole transmise au fœtus par la mère. Le premier effet n'a jamais été nié par personne ; le second, que Hunter semble ne pas admettre, est prouvé aujourd'hui par l'observation la plus directe. Ainsi le sang de la mère porte à l'enfant, c'est-à-dire à un autre être, la cause syphilitique. L'analogie et les faits sont venus montrer ensuite que la vérole pouvait être transmise par le sang d'un individu malade inoculé à un individu sain. M. Diday, qui, un des premiers en France, a soulevé les questions de transmissibilité de la vérole par d'autres humeurs que le pus chancreux, rappelle les inoculations de la morve, du charbon, de la rage par le sang. « Rien ne prouve, ajoute ce médecin, que le sang d'un vérolé étant inoculé à

[1] Hunter, traduction française, 2e édit., p. 564 et suiv.

un homme sain ne lui donnera pas la vérole. » Revenant sur les arguments de Hunter sur la non-transmissibilité par le sang, M. Diday ajoute en note : « Le raisonnement de Hunter ne prouve qu'une chose, c'est qu'il a confondu ici le chancre primitif avec l'affection constitutionnelle. De ce que le sang ne donne pas le premier, peut-on légitimement en inférer *à priori* qu'il ne donnera pas la seconde [1] ? » J'ai déjà dit que Waller possédait deux faits de contagion par le sang et qu'il avait fait une expérience sans réplique ; la voici :

« *Expérience avec le sang d'un individu affecté de syphilis secondaire.* — Friedrich, jeune garçon de quinze ans, inscrit sous le n° 5676, avait été rachitique dans son enfance, et portait depuis sept ans un *lupus exfoliativus* à la joue droite et au-dessous du menton ; ce lupus, de la largeur d'un thaler, était guéri à l'exception d'un petit point de la joue, à la suite d'un traitement prolongé par la cautérisation et l'iodure de potassium. Cet enfant n'a jamais eu de syphilis, et comme tel il était propre à l'inoculation, qui fut entreprise le 27 juillet 1850 à la cuisse gauche. Pour cette expérience, je pris le sang d'une femme (Freund) chez laquelle la syphilis secondaire s'était développée sous nos yeux. Cette jeune fille, autrefois superbe, avait contracté dans ces derniers temps cinq à six fois des ulcérations primitives, sans cependant avoir jamais eu de syphilis secondaire. Mais pendant le traitement des deux derniers chancres, qui s'étaient succédé à quatorze jours d'intervalle, elle commença à maigrir, à pâlir, et lorsque le dernier chancre fut guéri, et qu'il ne restait plus qu'un catarrhe de l'urètre, il se forma des tubercules à la peau du visage, et des taches sur tout le corps.

« L'inoculation fut faite de la manière suivante : La peau de la malade fut scarifiée avec un scalpel neuf, et à l'aide d'une ventouse on lui soutira 3 à 4 drachmes de sang. Malgré la rapidité avec laquelle se fit cette dernière opération, le sang était cependant déjà en partie coagulé, avant qu'on l'eût transporté de la chambre de la malade dans celle où allait se faire l'inoculation. Les plaies des scarifications (faites sur l'enfant comme dans l'expérience précédente) [2], furent exactement nettoyées et débarrassées des caillots sanguins par le lavage avec un tampon trempé dans de l'eau chaude ; puis le sang à inoculer fut insinué dans ces plaies, en partie à l'aide d'une baguette de bois, en partie au moyen de charpie imbibée de ce liquide, puis appli-

[1] Extrait de la *Gazette médicale* du 29 septembre 1849, premier article sur la *Prophylaxie*, par M. Diday.

[2] Waller fait allusion à l'expérience que j'ai reproduite à la fin de la première section, quand j'ai traité de l'inoculation de la pustule muqueuse. On fit de petites plaies avec un scarificateur.

quée et fixée sur la partie scarifiée. Il ne survint ni inflammation ni suppuration ; au bout de trois jours, les plaies étaient complétement fermées. Le malade allait toujours bien.

« Le 31 août, trente-quatre jours après l'inoculation, je remarquai à la cuisse gauche, là où l'inoculation avait été faite, deux tubercules distincts, ayant la largeur d'un pois, d'une teinte rougeâtre pâle, secs à leur surface, sans démangeaison ni douleur. Les jours suivants ils s'agrandirent, se réunirent par leur base, se couvrirent d'écailles, et une auréole d'un rouge obscur les entoura tous deux. La base des tubercules, c'est-à-dire la peau sous-jacente et le tissu cellulaire sous-cutané, devint ferme, résistante (indurée), et à la surface des tubercules une ulcération se forma, qui donna lieu à la production d'une croûte mince et brune. C'est de cette façon que se forma, vers le 15 septembre, un ulcère dont la base avait les dimensions d'un œuf de pigeon, dont une auréole rouge cuivré entourait les bords, et qui était recouvert par la croûte en question. Cette croûte étant enlevée, le fond de l'ulcération devint visible ; il était enfoncé en infundibulum, lardacé, et saignait facilement sur les bords. Depuis quelques jours, il s'était aussi formé à l'épaule droite un tubercule isolé, gros comme un pois rougeâtre et couvert de rares écailles, sans que le malade pût préciser le jour de la première apparition de cet accident. La santé générale se maintient.

« Le 26 septembre et les deux jours suivants, Friedrich se plaint d'inappétence et d'insomnie. Le 1er octobre, soixante-cinq jours après l'inoculation, et trente-deux jours après l'apparition des premiers tubercules, il survint un exanthème à la peau du bas-ventre, du dos, de la poitrine, des cuisses ; exanthème que nous reconnûmes être une roséole syphilitique des mieux caractérisées. C'étaient des taches exactement semblables à celles décrites plus haut (dans la première expérience) ; seulement dans certains points elles étaient un peu plus élevées. L'ulcération de la cuisse avait acquis la largeur d'un thaler, tout en conservant son aspect infundibuliforme, son fond lardacé et son bord cuivré. Dans les jours subséquents, l'éruption des taches devint tellement abondante, que le corps entier, sans en excepter le visage, en fut semé, et paraissait comme tigré. Il n'y a d'ailleurs ni démangeaison, ni douleur, ni symptômes de catarrhe ou de fièvre... Le 6 octobre, plusieurs taches, notamment à la partie interne des cuisses et au ventre, se soulèvent en papules et en tubercules, et dès lors le diagnostic de la syphilide, même sans connaissance des antécédents, devint aussi facile que dans le cas précédent [1]. »

[1] Waller, *Du caractère contagieux de la syphilis secondaire*, traduction française de M. Axenfeld, dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, 3 vol.

On a dû remarquer que les plaies d'inoculation ont été recouvertes par la charpie imbibée de sang, laquelle a été fixée sur ces mêmes plaies. Il y a donc eu un pansement qui mettait celles-ci à l'abri de toute autre contagion. D'ailleurs, il y a eu une incubation si longue que la pensée de l'intervention d'un pus chancreux ne pourra venir à personne, car on sait qu'après l'inoculation de ce pus les phénomènes locaux ne se font pas attendre. Pour M. Ricord, il n'y a même jamais d'incubation.

ARTICLE VI.

Peut-on avoir plusieurs fois la vérole?

On a prétendu que le groupe de symptômes consécutifs, exprimant la véritable diathèse syphilitique, ne pouvait se répéter sur le même individu, ou, pour mieux dire, qu'on ne pouvait avoir la vérole qu'une fois dans sa vie, assimilant ainsi cette maladie à la variole, à la rougeole, qui ordinairement ne se répètent pas chez la même personne. Jusqu'à présent cette *loi* qu'on a voulu établir n'a été appuyée que sur des assertions et des inductions analogiques. Or il fallait ici une statistique avant tout. Mais des observations assez complètes pour attester que la diathèse syphilitique est épuisée, qu'elle a produit tout ce qu'elle pouvait produire, sont difficiles à recueillir. Ce qui est encore plus difficile, c'est de rassembler un assez grand nombre de faits pour former une statistique dont la résultante puisse être érigée en loi pathologique ayant un caractère réellement sérieux. Les difficultés, on pourrait dire les impossibilités d'un pareil travail, viennent de la durée de la vérole, des modifications et même de la suppression de certaines de ses manifestations, enfin des récidives. La fièvre typhoïde, la variole, la rougeole et les autres maladies auxquelles on a comparé la syphilis [1], sont aiguës, elles ne sévissent que pendant un temps très-court; reste donc toujours une grande partie de l'existence humaine encore ouverte aux répétitions que l'on peut alors compter, apprécier. Il faut, au contraire, à la syphilis, pour être complète, un temps presque toujours considérable. Les trois phases marquées par les accidents qu'on appelle *primitif, secondaire, tertiaire,* ont une durée inégale, mais longue en général. Chaque accident est séparé par un temps de répit dont la durée varie aussi, mais dont la somme s'élève à un gros chiffre.

[1] C'est à force de réfléchir que des *unicistes* ont fini par découvrir qu'on ne pouvait avoir la rage qu'une fois!

Après le *primitif* peut venir l'*extensif ;* après le *secondaire* peut survenir l'*intermédiaire,* car les auteurs de la *simplification* en syphiliographie ont admis des phases et des demi-phases. Comptez ce qu'il faut de jours, quelquefois de mois, pour la réparation d'un chancre, la guérison d'un bubon ; notez les mois qui le séparent des syphilides, la durée de ces affections tégumentaires ; n'oubliez pas les lésions des parties qui sont sous les téguments, engorgements ganglionnaires, tumeurs du tissu cellulaire, nodus, affections parenchymateuses, comme celles du testicule ; additionnez le temps voulu pour que le tissu fibreux, le tissu osseux, soient envahis, pour que la périostose, l'exostose, se montrent avec tous leurs caractères, pour que le malade enfin soit, comme on le dit, un *tertiaire,* mais un *tertiaire* incontesté ; faites cette addition du temps exigé pour que ces différentes affections s'établissent, et vous verrez à quel chiffre il vous sera possible d'arriver.

C'est là, il est vrai, la marche chronique, mais qui n'a rencontré nulle part aucun modificateur thérapeutique, ce qui est presque impossible. La thérapeutique, en effet, intervient presque toujours et le malade reçoit d'une main quelconque une préparation mercurielle. Or il a été admis par les *unicistes* que ces préparations ont pour effet d'entraver, de retarder la manifestation de l'accident secondaire, de le supprimer même. Le chiffre du temps qu'une thérapeutique plus ou moins incomplète fait perdre au vénérien que l'on veut complet devra donc être représenté. Ce n'est pas tout : sous la colonne du temps nécessaire à l'établissement d'une vérole confirmée complète, vous devrez faire figurer le chiffre qui représente le temps voulu pour que cette diathèse soit éteinte, le temps exigé pour la guérison. Or, multipliez par 2 le chiffre qui représente le temps nécessaire à l'établissement de la maladie, vous obtiendrez à peine celui qu'exige une entière guérison.

Si maintenant on additionne le tout, on voit sortir un total qui représentera un âge assez caduc pour mettre le sujet dans l'impossibilité de gagner un nouveau chancre. On sait d'ailleurs que des praticiens très en renom prétendent que la vérole confirmée est incurable. L'individu tertiaire resterait donc toujours tertiaire. Si donc mon calcul est exact, si cette opinion est juste, en disant qu'on n'a qu'une fois dans sa vie une maladie qui dure toute la vie, on proclame une vérité qui n'a que l'inconvénient d'être trop vraie, ce qui est peut-être désagréable pour les *unicistes,* surtout s'ils ont déjà dit qu'on ne pouvait avoir la rage qu'une seule fois ! On m'objectera encore les observations qui prouvent que certains sujets ont pu voir naître, se développer et disparaître leur diathèse en un temps assez court pour pouvoir jouir encore après des

plaisirs qui exposent à l'inoculation syphilitique. Cela est vrai, et ce sont précisément ces sujets qui fournissent des exemples d'une double vérole. Ils peuvent en effet contracter un nouveau chancre, et ceci n'est contesté par personne; ils peuvent avoir ensuite des symptômes consécutifs, des symptômes de vérole, et ceci encore est admis par tout le monde, mais avec une autre explication. Ainsi les *unicistes* n'attribuent pas les derniers accidents au dernier chancre, mais au premier, c'est-à-dire au chancre le plus éloigné; et ces accidents, au lieu d'indiquer une nouvelle vérole, ne seraient, selon eux, qu'une récidive. Le premier virus, après avoir produit certains accidents, aurait sommeillé pendant une période de la vie, et son réveil aurait été marqué par de nouveaux accidents. Ceci est tout simplement une hypothèse, venant au secours d'une autre hypothèse, car ces seconds accidents consécutifs peuvent être moins profonds que les derniers qui ont fermé l'ère de la première vérole.

Ainsi il y a absence de statistique en faveur de l'unicité de la vérole, et il y a contre elle des faits cliniques, lesquels, concordant avec l'expérimentation, ne permettent plus le moindre doute sur la possibilité de plusieurs véroles chez le même individu. J'ai déjà parlé de l'inoculation à l'aide de laquelle M. Bouley, médecin de Lourcine, a pu faire naître une seconde vérole sur une femme tout à fait tertiaire. Quand il a été question des pustules plates, j'ai analysé l'observation remarquable de l'interne de M. Bouley, laquelle fait partie d'un travail étendu inséré dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis* (novembre 1851). Je crois donc que, quand cette expérience sera bien connue, on ne songera plus aux vaccinations syphilitiques, c'est-à-dire à donner la vérole pour prévenir la vérole.

D'ailleurs, les effets de la diathèse varient de nombre, d'intensité, de gravité, et toutes les véroles ne se ressemblent pas. Il y en a à divers degrés; il en est de plus graves, de plus complètes les unes que les autres : depuis la simple roséole, depuis l'expression la plus fugace, la plus bénigne de la diathèse, jusqu'aux nécroses, aux caries, aux affections viscérales qui accusent une cachexie profonde, il y a plusieurs degrés. Comme il a été prouvé que le virus pouvait se borner à la production d'un chancre et laisser, après sa réparation, la constitution tout à fait saine, il a été établi aussi que ce même agent pouvait se borner à une éruption syphilitique, à une syphilide dont la guérison était la guérison de la vérole. Mais comme, par une nouvelle inoculation, le chancre peut se reproduire, par une autre infection la vérole peut se répéter aussi. J'ai déjà dit que ces retours étaient considérés comme des récidives, et j'ai prouvé que ce n'était là qu'une hypothèse. Les observateurs qui

ont fixé leur attention sur les véroles multiples auront remarqué les retours, surtout après des blennorrhagies, lesquelles sont passées sous silence par les unicistes, probablement parce qu'ils ne les considèrent pas comme syphilitiques. Ainsi la vérole peut se répéter sur le même individu, et surtout la vérole bénigne. On expliquera ce fait par une saturation incomplète de l'économie ; on dira que la première vérole, s'étant peu prolongée, laissait à l'économie le temps de devenir encore apte à la diathèse ; on expliquera la seconde vérole par l'énergie du nouveau virus, par une dose plus forte du poison. Peu importe ! le fait reste, et l'unicité syphilitique qui n'est qu'une hypothèse, s'évanouit. La thérapeutique, la prophylaxie basées sur elle, n'auront donc aucun fondement, aucun avenir.

Pour compléter cet article, voyez ce que j'ai dit quand il a été question des chancres. J'ai prouvé que le chancre avec l'induration qui indique l'existence de la vérole ; j'ai établi par un fait des plus authentiques que ce chancre pouvait être contracté plusieurs fois par le même individu, lequel a donc eu deux fois la vérole.

ARTICLE VII.

Thérapeutique.

Le traitement de la syphilis peut être prophylactique ou curatif. Je ne m'occuperai ici que de ce dernier, la prophylaxie des maladies vénériennes devant faire l'objet d'un chapitre à part.

Quand éclata ce qu'on a appelé l'épidémie du XV[e] siècle, les médecins furent démoralisés ; croyant à une maladie nouvelle, ignorant sa nature, effrayés de ses ravages, ils n'osèrent la traiter, les malades furent réellement abandonnés. Rougissant ensuite de cette inaction, quelques praticiens cherchèrent avec ardeur et anxiété un moyen de combattre, d'arrêter le fléau. On s'adressa à tous les modificateurs puissants de la thérapeutique alors en usage. Le mercure fut bientôt indiqué par l'analogie, car depuis longtemps déjà ce métal avait triomphé de quelques maladies cutanées très-rebelles : or, comme la syphilis s'offrait souvent alors sous la forme d'une affection de la peau, on fut naturellement conduit à tenter le mercure. Paracelse vint ensuite et en fit la base essentielle de la thérapeutique vénérienne [1]. Les résultats furent si satisfaisants, ils se sont depuis tellement soutenus, que ce métal obtint et conserve encore une vogue qui n'a jamais pu être sérieusement

[1] *Libri de cura morbi gallici*, Germ. Bâle, 1575, in-4°, liv. XXVI, cap. IV et XI.

contestée. C'est donc par ce puissant modificateur que je commencerai l'étude de la thérapeutique.

§ 1er. — *Mercure.*

Le mercure a d'abord été administré à l'extérieur, ensuite à l'intérieur.

MERCURE A L'EXTÉRIEUR.

On a mêlé à ce métal des résines, des graisses : on a ainsi fait des onguents, des pommades; c'est même sous cette forme qu'il a été employé pour la première fois. En effet, l'onguent sarrasin était composé de vif-argent, de litharge, d'euphorbe, de staphisaigre et de graisse de porc. Mais c'est l'*onguent mercuriel* qui est presque toujours employé, c'est-à-dire l'onguent sarrasin moins les ingrédients qu'on ajoutait au mercure. On administre aussi ce métal sous forme de bain de vapeur.

Frictions mercurielles. — 1o *Procédé ordinaire.* — On les fait avec l'onguent mercuriel double, dit *napolitain*, lequel n'est pas un onguent, puisque c'est un mélange, parties égales d'axonge et de mercure.

Dans les premiers temps de la pratique des frictions on ne manquait jamais de les faire précéder d'une saignée et d'un purgatif. Il est évident que la saignée peut être utile lorsque le sujet est jeune et d'une forte constitution; mais elle serait nuisible dans les cas où la vérole a déjà fortement affaibli le malade, ou quand il est naturellement faible. Quant au purgatif, son emploi peut être généralisé avec moins d'inconvénient.

Pour le succès des frictions, on devra préparer d'abord la peau. Il faut qu'elle soit à un degré de perméabilité, ou plutôt de sensibilité favorable à l'absorption du mercure. On donne, pour cela, des bains chauds, des boissons délayantes, lesquelles sont également indiquées pendant tout le cours du traitement. Cinq ou six bains suffisent ordinairement pour les préparations, et même, s'il y a difficulté à s'en procurer, on peut, dans les cas simples, s'en abstenir jusqu'à l'instant où l'on doit commencer l'administration du mercure. Chaque bain, en général, doit être d'une heure et d'une température à peu près égale à celle du corps. Chez les individus dont la peau est naturellement trop sèche, on favorise les bons effets des bains en frictionnant, immédiatement après, toute la surface du corps avec la main nue ou avec une flanelle imprégnée d'une huile douce, comme celle d'amandes.

Les sujets faibles, qui sont déjà épuisés par la syphilis ou par une

autre maladie, ne doivent pas se baigner aussi fréquemment que les sujets robustes. On pourra même alors s'en abstenir entièrement pendant le temps des préparations, et lorsqu'il faudra administrer les premières frictions, le médecin jugera, d'après l'état des forces, s'il peut être avantageux de donner un ou deux bains.

On a aussi prescrit des bains froids pendant les préparations. On n'en ordonnera qu'aux individus peu vigoureux, dont l'état des forces paraît l'exiger, et encore ne doivent-ils être employés que pendant la saison chaude. Ils sont alors toniques, tandis qu'à toute autre époque de l'année ils seraient débilitants pour ces malades mêmes. Si l'on ne peut donner des bains pendant tout le traitement par les frictions, on devra y suppléer par de fréquentes lotions d'eau savonneuse. Selon M. Lagneau, pendant ces préparations, il faut ordonner, comme il vient d'être dit, un régime adoucissant et humectant; réduire le malade à l'usage modéré d'aliments de facile digestion, tels que viandes blanches, les végétaux aqueux, les fruits cuits; on défendra le vin pur, ainsi que la fréquentation des femmes et les exercices violents. Je ne crois pas qu'on soit dans tous les cas obligé au régime prescrit par M. Lagneau. Il faut, au contraire, tonifier certains malades, car le mercure est très-dépressif des forces.

On renoncera aux frictions et à tout autre mode d'administration du mercure, quand il existera des accidents vénériens compliqués d'une vive inflammation, et particulièrement lorsque cet état, qui s'observe presque exclusivement dans les infections récentes, tient surtout à l'âge et à la vigueur du sujet. Avant de commencer les frictions, on devra alors calmer la douleur et l'irritation par le moyen de la diète, du repos, des bains, et de tous les antiphlogistiques généraux et locaux.

Une fois le malade préparé, on commencera les frictions. Le premier jour qui, au plus tard, sera le deuxième après le purgatif, on donnera un bain dans la matinée, et l'on fera le soir une friction sur l'une des jambes depuis et y compris la malléole interne et la portion voisine de la plante du pied jusqu'au genou. On usera 4 grammes d'onguent mercuriel. La friction durera de vingt minutes à une demi-heure. Le surlendemain, nouveau bain de corps de plus ou moins longue durée, ou des lotions selon l'état des forces. La friction cette fois aura lieu sur la cuisse correspondante, depuis le genou jusqu'auprès des bourses; le sixième jour, ce sera sur l'avant-bras; le huitième, sur le bras; et les jours suivants sur les extrémités opposées, en commençant de même par la jambe, la cuisse, etc., mais constamment de deux jours l'un, et à la face interne des membres. Les malades couvriront ces parties, à mesure qu'elles auront été frictionnées, avec des bas de fil, des

caleçons et des gilets de toile qu'ils feront bien de conserver la nuit comme le jour, afin de ne pas laisser une partie de la pommade sur les draps, qui d'ailleurs en conserveraient des taches extrêmement difficiles à faire disparaître.

Pendant l'hiver, dans les pays froids et humides, les régions onctionnées devront être couvertes avec de la flanelle , surtout si les malades se trouvent obligés de sortir souvent pour vaquer à leurs occupations.

Quant aux bains, pendant le cours du traitement, on les continuera plus particulièrement chez les individus d'un tempérament sec, bilieux, chez ceux qui sont très-irritables ou si la nature des symptômes l'exige, et toujours on les fera prendre les jours mêmes où les onctions devront être pratiquées. Vers la fin du traitement, on pourra n'en donner que tous les trois ou quatre jours. Pour la propreté, on lotionnera avec l'eau savonneuse les parties couvertes de la pommade desséchée. Les malades que leur faiblesse ou d'autres raisons empêcheraient de se baigner se nettoieront chaque fois la peau avec la même eau.

Le traitement peut être compromis par des frictions trop rudement faites et qui échauffent en un instant la partie soumise à cette opération, irritent la peau et retardent ainsi l'entière introduction du mercure dans l'économie; quelquefois même on s'y oppose presque complétement en donnant lieu au développement d'une inflammation érysipélateuse. On devra donc frictionner avec douceur et ménagement. A la cinquième ou sixième friction, la dose de pommade pour chaque friction pourra être doublée, ce qui la portera à 8 grammes, car à cette époque on doit peu craindre la salivation qui ne survient guère qu'après le huitième ou douzième jour. Du reste, on continuera les bains ou les lotions chaque jour de friction et le malade se reposera les autres. Il se bornera, dans ces intervalles, à prendre de la tisane délayante ou sudorifique, suivant qu'il s'agira d'affection primitive ou consécutive, et à faire localement ce que réclameront les symptômes extérieurs de la maladie.

La réussite du traitement antivénérien n'est pas absolument dépendante de l'ordre que j'ai indiqué pour les parties sur lesquelles se pratiquent les frictions. Ainsi on ne fera aucune difficulté, surtout si cela convient mieux au malade, d'appliquer le mercure sur les extrémités inférieures et même sur les jambes exclusivement, en observant néanmoins de ne pas frictionner deux fois de suite la même partie, afin de ne pas irriter la peau. On verra que pour les enfants, je fais faire les frictions de la poitrine. Il vaut mieux, quand les forces du malade le permettent, et si c'est un adulte, qu'il se frictionne lui-même.

Dans le cas contraire, on a recours à un aide dont la main sera couverte par un gant mince ou une vessie, afin qu'il n'absorbe pas une portion du médicament. L'obésité, la grossesse sont des circonstances qui réclament ordinairement l'intervention d'une personne étrangère pour l'application des frictions.

Les malades peuvent se livrer à leurs affaires, faire des promenades pendant ce traitement, car l'exercice modéré, en favorisant la transpiration, s'oppose à ce que le mercure agisse sur la bouche. Mais on évitera les vicissitudes atmosphériques, le froid, surtout le froid humide. Ainsi, c'est principalement aux heures où le soleil a le plus de force qu'on doit engager les malades à sortir, et non à la fin du jour et pendant la fraîcheur des nuits.

Les malades qui se conforment avec exactitude à ces règles ont de grandes chances de guérir promptement. Mais il ne faut pas croire à une guérison radicale, par cela seul que les symptômes extérieurs sont dissipés. L'expérience journalière apprend que, malgré la disparition quelquefois très-prompte de ces apparences d'infection, il faut, si l'on veut détruire complétement l'état syphilitique, continuer les frictions mercurielles pendant l'espace d'environ trente ou quarante jours dans les affections récentes, et plus longtemps dans celles qui sont anciennes. C'est là l'opinion de nos prédécesseurs exprimée par M. Lagneau. Selon ce praticien, la quantité ordinaire d'onguent mercuriel, nécessaire pour une vérole récente, sera de 4 ou 5 onces à peu près. Pour les symptômes anciens et difficiles à vaincre, cette quantité peut être portée à 6 ou 8 onces. On a même des exemples de personnes qui en ont employé jusqu'à 2 livres pour une même infection.

2° *Procédé de Pihorel.* — Après les préliminaires d'usage, Pihorel frictionnait le dessous des pieds, la paume des mains, la face interne des jambes ou celle des bras ou du poignet avec une pommade ainsi formulée :

Onguent *napolitain*..................	90 grammes.
Sulfate de chaux ammoniacal........	30 grammes.

Mélangez exactement.

D'abord 2 grammes matin et soir ; on augmente la dose jusqu'à 3 grammes pour chaque jour de friction. Laver préalablement les parties qui doivent être frictionnées ; les couvrir ensuite avec des mitaines, des bas ou des gants qu'on garde deux ou trois heures après.

On a reconnu, entre autres avantages de ce procédé, celui de conserver la propreté du linge des malades, parce que le sulfure de chaux

ammoniacal rend la pommade de Pihorel très-miscible à l'eau de savon.

Les inconvénients de ces frictions, la malpropreté, la difficulté d'apprécier la dose du métal absorbé, la presque impossibilité de garder le secret de ce traitement, ont fait imaginer les procédés dont je vais donner une idée succincte.

3° *Procédé de Peyrilhe.* — Les moyens accessoires sont négligés. Les frictions sont bornées à la muqueuse du gland et du prépuce. On baigne la verge avant d'appliquer la pommade. On frictionne avec deux doigts et pendant quinze minutes, deux fois par jour; on use ainsi un gros de pommade. Après trois ou quatre jours, il y a des symptômes de salivation. On suspend alors les frictions qui ne sont reprises que quarante-huit heures après. On augmente la dose de la pommade de manière à en employer un gros le matin, un gros le soir, c'est-à-dire le double de la première série de frictions. Selon Peyrilhe, douze jours pour les affections récentes et vingt-cinq jours pour les maladies anciennes suffisent, la guérison est assurée ! Il arrive quelquefois que ces frictions irritent, tuméfient le gland, ce qui peut inquiéter le malade. On devra le prévenir de la possibilité de cet accident. Les bains locaux tièdes, l'éloignement du mercure pendant vingt-quatre heures suffisent pour rétablir l'état normal.

4° *Procédé de Scatigna.* — On l'a appelé *traitement mercuriel par application.* En effet, on applique 1, 2 ou 4 grammes de pommade mercurielle dans le creux de chaque aisselle, et l'on ramène les bras, d'abord débarrassés des manches de la chemise, contre le tronc. On répète cette application tous les deux jours; le soir on se couche bien couvert, et l'on reste ainsi toute la nuit. Il n'y a déjà plus rien sous les aisselles, tellement l'absorption a été active.

Cette *application* est moins malpropre que la friction ordinaire. Elle peut donner la mesure exacte de la quantité du métal absorbée; mais chez quelques malades elle irrite l'aisselle, la face interne du bras, le côté de la poitrine, d'où des éruptions boutonneuses érysipélateuses.

5° *Procédé de Cirillo.* — Il frictionnait avec le deutochlorure de mercure mêlé à l'axonge, selon la formule suivante :

Deutochlorure de mercure...........	4 grammes.
Axonge...............................	30 grammes.

Triturez dans un mortier de verre pendant douze heures, et ajoutez à la fin :

Chlorhydrate d'ammoniaque..........	4 grammes.

Les moyens préalables sont les bains, les lavements, la décoction de chiendent et de salsepareille.

On commencera par 4 grammes de cette pommade dont on frictionnera la plante des pieds, le soir seulement. Cette surface a été préférée, parce que les autres points de la peau auraient été irrités et même excoriés par la force de ce médicament. On revient à ces frictions tous les deux jours. Le quatrième jour, on donne un bain et l'on ne frictionne que le lendemain, mais, cette fois, à la dose de 6 grammes. On va ainsi jusqu'à entière guérison, en prenant une boisson délayante et un bain tous les trois ou quatre jours. Jamais la quantité de pommade n'ira au delà de huit grammes.

6° *Procédé de Clare.* — Le chirurgien anglais se proposait de faire absorber le calomel par la muqueuse buccale. Il frictionnait deux ou trois fois par jour la face interne de la bouche, au voisinage de l'orifice du canal de Sténon, avec un demi-grain ou au plus un grain de calomel. Mais, comme ce sel pouvait ainsi être avalé, Clare en vint à frictionner sur les gencives et la face interne des lèvres, avec recommandation au malade de ne pas cracher, de ne pas avaler la salive jusqu'à absorption complète. Il fallait aussi s'abstenir de boire pendant une demi-heure. Pour les cas graves, Clare ajoutait, comme supplément, un nombre égal de frictions sur la langue, toujours avec le calomel, lequel était aussi employé pour le pansement des ulcérations de la bouche et des parties génitales. Clare visait à la salivation, et comme par son procédé il l'obtenait promptement, et quelquefois avec des modifications avantageuses des symptômes extérieurs, il croyait à de nombreuses et promptes guérisons qui, dans la plupart des cas, devaient être temporaires. Ce qui prouve que Clare lui-même avait observé des récidives, surtout dans des cas de vérole confirmée, c'est qu'alors il faisait, *en général*, usage du sublimé.

Ce procédé fut mal accueilli en France, où il n'est plus employé, parce que, quelque soin que l'on prenne, une partie du sel est avalée ou rejetée avec la salive, ce qui empêche d'apprécier les doses absorbées, parce que la salivation a lieu plus souvent et plus promptement, et surtout enfin parce que les résultats obtenus par ceux qui ont imité Clare sont loin d'être aussi avantageux que l'inventeur l'avait proclamé. M. Brachet a tenté inutilement de faire revivre en France le procédé de Clare par une modification qui consistait à placer le calomel ou un sel mercuriel sur le bout de la langue, laquelle exerçait les frictions contre la voûte palatine.

Lotions et bains mercuriels. — Les lotions avec des solutions de sublimé sont très-anciennes ; on s'en servait comme pansement de

certaines ulcérations primitives. Mathiole ensuite, visant non-seulement à une action locale, mais à agir sur toute l'économie, fit lotionner tout le corps avec 2 onces de sublimé dans 6 livres d'eau distillée de plantain, de roses et de solanum. On proposa ce traitement pour les accidents consécutifs. Mais, comme l'absorption cutanée varie beaucoup chez les divers sujets et même chez le même malade, en raison de diverses circonstances; comme le tégument s'enflammait quelquefois, qu'il survenait des douleurs (car la dose de sublimé était forte), on renonça à ces lotions.

Meyrieu a voulu remplacer les lotions par des frictions avec 10 grammes d'une solution composée de 2 grammes de sublimé, 60 grammes d'eau et 2 grammes d'alcool. On frictionnerait successivement la plante des pieds, les jambes, les cuisses.

La solution de sublimé ne s'ordonne maintenant à l'extérieur que sous forme de bains.

Bains au deutochlorure.

Deutochlorure de mercure.......... 60 grammes.

Dissolvez dans une petite quantité d'eau distillée mêlée à de l'alcool, et versez dans

Eau commune...................... q. s.

pour un bain entier.

Quand il s'agit d'un enfant on peut se borner à la dose de 4 grammes de sublimé, et pour l'adulte on peut dépasser la dose de 60 grammes.

Fumigations. — C'est certainement une des plus anciennes manières d'administrer le mercure, car on traitait par les fumigations certaines affections de la peau bien avant ce qu'on a appelé l'épidémie du xve siècle.

Les fumigations mercurielles ont été vantées, puis négligées, mais jamais abandonnées complétement, puisque aujourd'hui même on s'en sert encore contre diverses affections persistantes, celles de la gorge, des fosses nasales et quelques véroles rebelles aux autres moyens. On a d'abord employé et l'on emploie encore le sulfure rouge de mercure (cinabre). Il a été quelquefois remplacé par le calomel mélangé au protoxyde de mercure. Le calomel avec l'albumine, le mercure métallique uni au chlorure de fer, enfin le mercure seul et son oxyde rouge mêlé à des substances inertes, toutes ces combinaisons ont été essayées. Comme c'est ordinairement contre des affections anciennes que les fumigations sont employées, on fera bien de faire concourir à leur action les sudorifiques.

Depuis Glauber et Lalouette, on se sert d'une grande boîte dans laquelle le malade peut recevoir les vapeurs mercurielles sans être forcé de les respirer, comme cela avait lieu plus anciennement. Cette boîte est la même qui a été perfectionnée et utilisée par M. Galès et d'Arcet, pour le traitement de la gale et autres affections de la peau.

Il n'y a pas de règles fixes pour l'administration des fumigations mercurielles, car la nature, la violence de l'accident, le tempérament des malades, peuvent obliger le praticien à varier les jours de l'application de ce moyen. Cependant il est assez ordinaire de donner une fumigation de deux jours l'un. Quelquefois c'est deux jours de suite; le malade se repose alors le troisième. Il arrive aussi qu'après deux jours de fumigation on permet quarante-huit heures de repos.

On emploie ordinairement 8 grammes d'une des poudres que j'ai fait connaître plus haut. Vingt à vingt-cinq fumigations suffisent ordinairement pour les cas qui ne sont pas très-graves, autrement on va jusqu'à trente, à quarante et quelquefois plus.

J'ai déjà dit comment on administrait les fumigations générales : on place le malade dans une grande boîte. Quand on veut agir localement, on dirige la vapeur avec un entonnoir, ou l'on se sert des machines à douches qu'on trouve aujourd'hui dans une infinité d'établissements à Paris. On dirige alors l'extrémité du tube qui conduit la vapeur sur une exostose, sur les parties génitales, dans la gorge, dans les fosses nasales, pour les cas d'ulcérations rebelles. Pour agir dans ces cavités, il faudra nécessairement affaiblir le calibre du tube, procéder lentement par petites doses. Comme les poudres salines ont une grande activité, on préférera ici l'oxyde gris de mercure.

MERCURE A L'INTÉRIEUR.

Mercure métallique. — Il a été employé à cet état dans les premiers temps du traitement mercuriel. On a associé ce métal à d'autres substances pour le diviser et faciliter ainsi son administration. Un certain nombre de formules ont été vantées et délaissées tour à tour. Deux sont restées et resteront probablement dans la pratique : ce sont celle de Belloste et celle de Sédillot.

Pilules de Belloste (modification de Baumès).

Mercure coulant	30 grammes.
Crème de tartre	4 grammes.
Diagrède	30 grammes.
Jalap	30 grammes.

Faites des pilules de 20 centigrammes. A prendre 2 à 6 par jour.

Ces pilules correspondent à celles du fameux Chéradin-Barberousse, qui eurent une si grande réputation ; mais aujourd'hui on les emploie rarement dans le traitement antisyphilitique. On s'en sert surtout comme purgatif. Elles sont alors administrées au nombre de douze à vingt par jour. J'ai constaté de bons effets de ces pilules dans des cas d'engorgement mésentériques très-rebelles.

Quand on veut franchement agir contre le virus syphilitique, on préfère les formules suivantes :

Pilules de Sédillot.

Onguent mercuriel...................	90 grammes.
Savon médicinal.....................	60 grammes.
Poudre de réglisse..................	30 grammes.

Faites des pilules de 20 à 30 centigrammes ; chaque pilule contient alors de 5 à 6 centigrammes de métal.

On va de 2 à 10 pilules dans les vingt-quatre heures.

M. Rayer, qui se loue beaucoup des pilules de Sédillot, les formule et les administre ainsi :

Onguent mercuriel double...........	3 grammes.
Savon médicinal.....................	2 grammes.
Poudre de réglisse..................	1 gramme.

Faites des pilules de 2 décigrammes. On doit donner 2 de ces pilules par jour aux femmes et 3 aux hommes.

Au lieu de l'onguent mercuriel ordinaire, on mêle au métal le beurre de cacao, et l'on formule ainsi ces pilules qui sont encore très-employées :

Onguent mercuriel au beurre de cacao récemment préparé.	60 grammes.
Sucre en poudre....................................	8 grammes.
Mucilage de gomme arabique.........................	q. s.

Faites s. a. 44 pilules. De 3 à 12 dans les vingt-quatre heures.

COMPOSÉS MERCURIELS.

Le mercure métallique, comme on l'a vu, devait être administré à doses assez fortes pour produire les effets voulus, ce qui était un inconvénient ; on l'a donc combiné avec d'autres corps, ce qui l'a rendu beaucoup plus actif, et ce qui a permis de l'employer à des doses infiniment inférieures.

Chlorures mercuriels. — C'est une des combinaisons les plus employées, surtout le deutochlorure.

1° *Protochlorure.* — Le protochlorure ou calomel, dont on s'était

servi beaucoup autrefois, est d'un usage très-restreint quand il s'agit d'affections réellement syphilitiques. Étant insoluble, il doit, pour produire des effets curatifs, être administré à doses assez fortes, et alors il provoque trop souvent, trop promptement la salivation, et agit d'une manière trop vive sur l'intestin; aussi ce sel est-il plus souvent employé comme purgatif que comme antisyphilitique. Cependant la formule suivante est encore acceptée dans la thérapeutique antisyphilitique, parce qu'elle provoque moins le ptyalisme que les autres :

Calomel........................	25 centigrammes.
Opium........................	12 centigrammes.
Extrait mou de réglisse.........	4 grammes.

Faites s. a. 60 pilules. A prendre de 1 à 7 ou 8 par jour.

2° *Deutochlorure de mercure, ou sublimé corrosif.* — Il était déjà anciennement connu quand Rich. Wiseman, Hoffmann et Boerhaave le préconisèrent comme antysiphilitique. L'usage du sublimé fut bien plus efficace et plus répandu encore lorsque Van Swieten eut réglé son mode d'administration d'après la pratique de Boerhaave.

Voici la composition de la liqueur célèbre qui porte encore le nom de Van Swieten. Je transcris la formule du dernier Codex :

Liqueur de Van Swieten.

Deutochlorure de mercure............	1 partie.
Eau pure............................	900 parties.
Alcool rectifié........................	100 parties[1].

On l'administre d'abord à la dose d'une cuillerée à bouche dans une tasse d'eau sucrée, de lait ou de gruau, pour détruire le goût métallique de la liqueur qui se trouve ainsi plus ou moins décomposée. Je reconnais mieux que jamais aujourd'hui tous les avantages qu'on peut tirer de la liqueur de Van Swieten, surtout quand le mercure a déjà été inutilement administré sous d'autres formes et dans les cas de syphilides récidivées. Mais je crois qu'on ferait bien de revenir à la véritable formule de Van Swieten, qui lui venait de Sanchez. Au lieu donc d'une liqueur hydroalcoolique, il vaudrait mieux qu'elle fût tout à fait alcoolique comme celle-ci.

Deutochlorure de mercure........	35 centig.
Eau-de-vie de grain...............	220 grammes.

Une cuillerée, c'est-à-dire 15 grammes matin et soir.

[1] Je ferai observer que la véritable liqueur de Van Swieten était tout à fait alcoolique.

Après chaque cuillerée, Van Swieten faisait boire au malade 500 grammes de décoction de racine de guimauve ou d'orge coupée avec un tiers de lait. Van Swieten donnait quelquefois jusqu'à deux cuillerées matin et soir de sa liqueur à des sujets forts et robustes. Les résultats étaient prompts et remarquables. Je ne saurais trop recommander cette dernière formule.

Pour éviter le goût désagréable des solutions de deutochlorure et faciliter le secret dans le traitement, on en est venu bientôt à composer des pilules avec le sublimé. Les formules ici ont encore été très-variées. Je vais faire connaître celle de Cullerier et celle de Dupuytren.

Pilules mercurielles de Cullerier.

Deutochlorure de mercure..........	1 gramme.
Farine de froment.................	15 grammes.
Gomme pulvérisée..................	2 grammes.
Eau distillée.....................	q. s.

Faites des pilules de 15 centigrammes. 2 matin et soir.

En exposant la thérapeutique du chancre, j'ai déjà fait connaître la formule que j'adopte; elle se rapproche beaucoup de celle de Dupuytren. Il entre dans ma formule un cinquième de grain de sublimé par pilule. Mais voici celle de l'ancien chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris telle qu'il l'avait rédigée :

Pilules de Dupuytren.

Sublimé corrosif............	1/16e à 1/4 de grain.
Extrait gommeux d'opium....	1/4 ou 1/2 grain.
Extrait de gaïac............	4 grains.

Pour 1 pilule. On en donnera 2 par jour.

J'ai déjà dit que je n'employais guère ces pilules que contre les accidents primitifs. Quand la vérole est confirmée, j'en viens aux moyens suivants :

Iodures mercuriels. — Ils ont été introduits dans la thérapeutique par Biett. C'est donc un agent nouveau, et cependant il est déjà parvenu à une réputation qui tend à éclipser celle du deutochlorure. Il est évident que les syphilides sont très-avantageusement modifiées par les composés d'iode et de mercure.

Biett avait d'abord essayé le bi-iodure; il le mêlait à la thridace. Mais sa grande activité, la difficulté de le manier, firent que le proto-iodure fut préféré par Biett et ses élèves.

M. Puche est revenu au bi-iodure, il le combine avec l'iodure de potassium, ainsi que la formule suivante l'indique :

Solution d'iodhydrargyrate.

Bi-iodure de mercure...............	50 centigr.
Iodure de potassium...............	50 centigr.
Teinture de safran...............	25 grammes.
Eau clarifiée.....................	474 grammes.

25 à 125 grammes par jour dans un litre de tisane sudorifique.

Cette solution est donnée dans les cas de chancres indurés, et pour prévenir les manifestations syphilitiques, mais surtout contre les symptômes secondaires tardifs.

Cependant c'est le proto-iodure qui est adopté par l'immense majorité des praticiens. M. Cazenave, par exemple, donne le proto-iodure jusqu'à 5, 10, 15 et 20 centigrammes par jour. Voici la formule que ce praticien préfère pour les syphilides légères et pour les sujets un peu irritables :

Proto-iodure de mercure...........	50 centigr.
Thridace.........................	150 centigr.

Faites 20 pilules. 1 d'abord, puis 2, jusqu'à 4 dans les vingt-quatre heures.

Quand la syphilide est grave, avec symptômes concomitants; quand, par exemple, c'est la forme tuberculeuse, M. Cazenave en vient à la formule que voici :

Proto-iodure de mercure...........	2 grammes.
Thridace.........................	4 grammes.

Faites 40 pilules. 1 d'abord, puis 2, jusqu'à 4 dans les vingt-quatre heures.

C'est cette dose qui est le plus souvent employée par M. Ricord pour combattre toutes les affections secondaires. Le plus souvent il fait 60 pilules avec 3 grammes de proto-iodure, autant de thridace, avec une certaine quantité d'opium et de conserve de roses.

Comme j'ai la conviction que les interruptions du traitement mercuriel sont on ne peut plus dommageables, et comme les fortes doses de proto-iodure agissent promptement sur la bouche et sur le tube intestinal, j'habitue peu à peu l'organisme à ce sel. Je me sers d'abord de la formule suivante :

Formule de l'auteur.

Proto-iodure de mercure...........	1 gramme.
Thridace.........................	1 gramme.
Conserve de roses................	q. s.

Faites 30 pilules. A prendre 1 matin et soir. Quelquefois je n'en donne qu'une par jour. Peu à peu j'augmente la dose du sel, c'est-à-dire qu'au lieu de 30 pilules j'en fais 25, puis 20 pour 1 gramme de proto-iodure. Chez les sujets dont les intestins sont très-irritables, surtout chez les femmes, je substitue à la thridace 25 centigrammes d'extrait gommeux d'opium.

Cyanure de mercure. — Biett et Parent-Duchâtelet ont loué ce sel. Ce dernier médecin a même fait des expériences dans l'intention de fixer le praticien sur la valeur du nouvel agent antisyphilitique. Il commençait par en donner 1/16e de grain, au début des affections syphilitiques, puis 1/12e, 1/8e; il allait jusqu'à un demi-grain. Parent faisait avec ce cyanure des teintures, des pilules, des solutions, des gargarismes, puis des pommades. Selon Parent et les autres partisans du cyanure de mercure, ce sel aurait les avantages que voici : Après son emploi, on n'observerait pas les douleurs épigastriques attribuées, en partie, aux sels de mercure; il se décompose moins facilement que le deutochlorure; étant plus soluble que ce dernier sel, son action doit être plus facile, plus prompte, d'où plus de rapidité dans la guérison des affections syphilitiques contre lesquelles il est dirigé. Il paraît que ces avantages et d'autres n'ont pu encore donner une prééminence au cyanure de mercure sur le deutochlorure et le proto-iodure, qui sont beaucoup plus employés. Il est vrai, comme je l'ai déjà dit, que le cyanure est bien récemment encore introduit dans la thérapeutique, ce qui fait que l'expérience n'a pas encore pu dire son dernier mot sur ses vertus. Du reste, voici la formule de Parent-Duchâtelet pour faire des pilules :

Pilules de cyanure de mercure.

Cyanure de mercure porphyrisé.....	30 centigr.
Opium brut........................	70 centigr.
Mie de pain.......................	4 grammes.
Miel..............................	q. s.

Faites s. a. 96 pilules. Chaque pilule contiendra 1/16 de grain de cyanure de mercure et 1/8 de grain d'opium. J'ai déjà dit jusqu'à quelle dose Parent administrait le cyanure.

§ 2. — *De quelques autres préparations mercurielles.*

On a aussi administré l'*acétate de deutoxyde de mercure* qui faisait la base des pilules de Keyser. Le *prototartrate de mercure* a été très-préconisé par Pressavin, chirurgien de Lyon; il en faisait une eau qu'il appelait *végéto-mercurielle*. On sait que le *protonitrate* et l'*acétate de mercure* constituaient la partie active du sirop de Bellet tant vanté par

Bouvart, et qui n'existe plus qu'en nom sur quelques étiquettes. Enfin vient aussi le *deutonitrate*, puis le *protophosphate de mercure*. Toutes ces combinaisons opérées dans des vues souvent industrielles ou par le désir de faire autrement quand on ne peut faire mieux, sont aujourd'hui tombées au rang qu'elles méritent.

§ 3. — *Accidents produits par le mercure.*

L'introduction dans l'organisme d'une certaine quantité de mercure produit quelquefois des accidents qu'il est important de connaître pour les éviter et les combattre. La salivation ou stomatite mercurielle doit être placée en tête ici ; puis viennent la colique, la diarrhée et le tremblement mercuriel.

SALIVATION ET STOMATITE.

Cet accident a été observé dans les temps les plus anciens, alors que le mercure était exclusivement employé contre quelques affections cutanées. Ainsi Avicenne indique déjà les gargarismes à donner. C'était la perte plus ou moins considérable de la salive qui avait surtout fixé l'attention de nos prédécesseurs, et ce phénomène était attribué à l'action du mercure sur les glandes salivaires ou autres organes sécréteurs. Aujourd'hui on fait jouer le principal rôle à l'inflammation des gencives et de la muqueuse buccale ; on va même jusqu'à annuler celui des glandes salivaires, ce qui est une exagération.

La salivation est bien moins fréquente de nos jours qu'autrefois, puisque, la considérant comme un accident, nous cherchons presque toujours à l'éviter, tandis que nos devanciers, voyant là une crise favorable à la guérison des maladies vénériennes, la provoquaient par de fortes doses de mercure et par son mode d'administration. Quoi qu'il en soit, c'est là un phénomène très-important à connaître, soit pour la prophylaxie, soit pour la thérapeutique proprement dite.

Causes. — Les enfants, avant sept ans, ne sont presque jamais affectés de salivation. Avant la chute des premières dents, en effet, le mercure agit plutôt sur les voies digestives que sur la bouche.

Il y a un tempérament, des dispositions morbides qui prédisposent tout particulièrement au ptyalisme : ainsi les tempéraments lymphatique, scrofuleux, le scorbutique, ou seulement la tendance scorbutique. Certains états de l'intestin, de la bouche, prédisposent aussi au ptyalisme : la constipation habituelle et surtout des dents cariées mal entretenues.

On observe plus souvent la salivation chez les femmes que chez les

hommes. Chez les femmes aussi le mercure affecte plus souvent l'intestin; ce qui veut dire que ce sexe supporte moins facilement ce métal.

Certaines modifications du tégument, surtout les actions brusques, peuvent déterminer la salivation. Ainsi l'exposition subite au froid et l'humidité, en entravant les fonctions de la peau, favorisent le développement du ptyalisme; c'est ce qui fait qu'on l'observe moins souvent l'été que l'hiver. Ceci doit nous engager à garantir les malades du froid pendant l'administration du mercure. Mais il a été reconnu aussi qu'une température élevée pouvait conduire au même résultat. Ce serait surtout la chaleur artificielle qui produirait cet effet. Ainsi, quand il était d'usage d'enfermer les malades qu'on frictionnait dans de petites pièces fortement chauffées, c'étaient ceux qui passaient leur journée autour du poêle qui étaient plus souvent affectés de salivation; ce qui peut s'expliquer par la turgescence qui s'opérait alors du côté de la tête. Quoi qu'il en soit de la théorie du chaud et du froid, le praticien devra garantir les malades de l'excès de l'un et de l'autre.

On a tenté vainement d'unir au mercure des corps, des substances qui devaient modifier ses propriétés de manière à empêcher la salivation. On lui a associé, pour cela, le soufre, le camphre, etc.; toujours l'effet sur la bouche s'est produit, dans certaines circonstances et à certaines doses. C'est que l'action spéciale sur la bouche ne tient pas à tel ou tel mode de préparation; quelle que soit cette préparation, une fois introduite dans l'économie, son effet sur la constitution, sur la bouche, est le même; car toutes les préparations mercurielles subissent un changement qui les réduit à une même forme : c'est du moins l'opinion de Hunter, et M. Mialhe, dans ces derniers temps, a prouvé aussi que toutes les préparations mercurielles introduites dans l'estomac passent à l'état de deutochlorure. Ainsi l'effet tient non à la préparation, mais à la quantité de mercure accumulée en un temps donné dans l'économie. On comprend alors que les préparations et les applications qui permettent l'absorption prompte et abondante du métal, sans accident immédiat, produiront très-souvent la salivation : au contraire, les préparations dont l'action irritante locale est très-prononcée causeront plus rarement le ptyalisme, et cela pour une bonne raison, c'est qu'on est obligé alors de modérer beaucoup les doses. Il résulte de là que les frictions mercurielles, dont l'action locale est insignifiante et qui peuvent introduire dans l'économie une quantité considérable de mercure en très-peu de temps, sont très-promptement suivies de salivation; il en est de même des sels insolubles administrés à l'intérieur : tels que le proto-iodure.

Au contraire, le deutochlorure et le cyanure de mercure produiront très-rarement le ptyalisme, parce que leur action corrosive oblige le praticien à les administrer à de très-faibles doses. Ainsi, c'est la quantité en un temps donné et non la forme du médicament qui agit sur la bouche. Il est bien entendu que cette quantité est encore relative aux individus, car il est des malades qui salivent à la deuxième friction, tandis que d'autres ne salivent jamais. On sait ce que j'ai déjà dit des enfants qui ne salivent pas avant leur septième année.

Symptômes, marche. — Le début de la salivation, d'après ce que je viens de dire, doit varier selon la dose de mercure d'abord administrée. A l'époque où l'usage des frictions était presque général, on observait souvent le ptyalisme le quatrième jour. Aujourd'hui, avec le proto-iodure, par exemple, à 1 décigramme par jour, quand la bouche doit s'affecter, c'est ordinairement dans le cours du premier septénaire, si la dose reste la même. Chaque élévation de la dose expose à la salivation : ainsi, on a vu des malades bien supporter la dose ordinaire pendant huit et quinze jours de l'administration du proto-iodure, et souffrir de la bouche dès qu'on ajoutait 5 centigrammes, et toutes les fois que l'addition était tentée. Mais si l'on procède avec plus de ménagement, si au lieu d'élever la dose par 5 centigrammes, on fractionne davantage, on peut la porter à 2 décigrammes par jour, sans influencer la bouche.

Je vais examiner les symptômes en commençant par les plus légers, par ce qu'on appelle le *premier degré*. Il y a d'abord rougeur et tuméfaction des gencives; elles sont aussi douloureuses surtout à la pression; on sent alors qu'elles sont molles et comme fongueuses; elles saignent et se détachent du collet des dents qui sont légèrement vacillantes. Ce sont d'abord les gencives inférieures qui sont prises et, en général, la muqueuse qui est en arrière de la dent de sagesse, surtout quand celle-ci est mal sortie et qu'elle pousse actuellement; puis viennent les gencives supérieures; enfin, les joues, les bords de la langue, les lèvres. On voit sur les points soumis à la pression des grosses et des petites molaires, principalement, des dépressions qui correspondent au corps de ces dents, et des arêtes qui correspondent aux intervalles qui les séparent. Entre les dépressions inférieures et supérieures règne une arête assez saillante, horizontalement dirigée d'avant en arrière; elle est due à l'écartement que laissent entre elles les deux mâchoires, écartement qui est alors plus prononcé qu'à l'état normal, ce qui peut être expliqué par le gonflement de la membrane muqueuse des parties adjacentes, et la douleur qui empêche les dents de s'appliquer les unes sur les autres. La voûte, le voile du palais, ses piliers,

les amygdales, la luette, quelquefois le pharynx, participent à ces changements pathologiques. Il y a souvent exagération du volume des glandes buccales; la langue est turgescente, rouge et douloureuse pendant ses mouvements; elle offre sur ses bords comme des festons qui sont des empreintes des dents, ses papilles sont quelquefois plus saillantes qu'à l'état normal. Tous les mouvements auxquels concourent la langue et les parois buccales sont plus ou moins gênés ou même impossibles à cause du gonflement de ces parties, de la langue en particulier, et de l'augmentation de la douleur. La bouche est d'une fétidité repoussante et caractéristique. Le malade est incommodé par un goût désagréable métallique et très-persistant. Les ganglions sous-maxillaires, auxquels aboutissent les vaisseaux lymphatiques de la bouche, s'engorgent. Le haut du cou se tuméfie quelquefois; les lèvres, les joues éprouvent souvent une espèce de boursouflement qui peut devenir considérable.

Comme je l'ai dit, on croyait autrefois que les glandes salivaires étaient principalement et primitivement affectées. Aujourd'hui il est des auteurs qui pensent qu'elles ne le seraient jamais. Je l'ai déjà dit, cette opinion est exagérée. Toutefois il est bien certain que, même dans les cas d'inflammation de ces glandes, le degré d'inflammation n'est point en rapport avec l'abondance du liquide sécrété. Les ganglions lymphatiques sont au moins aussi souvent affectés que les glandes salivaires, lesquelles ne s'affectent presque jamais, et peut-être même jamais que consécutivement à la muqueuse buccale, comme cela a lieu dans toutes les inflammations de cette muqueuse. L'adénite n'arrive jamais à un degré considérable, et il est excessivement rare qu'elle se termine par suppuration. Cette terminaison est encore plus rare pour les glandes salivaires.

La quantité de salive qui s'écoule est quelquefois très-peu considérable, surtout au premier degré de la maladie; mais peu à peu, si l'on ne suspend pas le traitement, en vingt-quatre heures le malade peut en perdre au delà de tout ce qu'on peut imaginer. On a cité des malades qui en rendaient jusqu'à 8 livres pendant cet espace de temps. On les voit la tête penchée vers un bassin, et soutenue par une main, les lèvres tuméfiées, la langue tendant à sortir de la bouche, et celle-ci entr'ouverte, laissant ruisseler la salive.

Fallope avait déjà avancé que la salive ainsi rendue contenait du mercure en dissolution. M. Colson a reproduit cette opinion. On se serait assuré de la présence du métal en plongeant dans la salive une lame d'or ou de cuivre. Les chimistes tels que Christison, Rhodes, Meisner, Bostock, qui ont répété cette expérience et ont employé les

procédés, les moyens les plus délicats et les plus multipliés, sont arrivés à des résultats constamment négatifs. Selon Bostock, le caractère le plus remarquable de la salive des syphilitiques, ce qui veut dire des malades soumis à un traitement mercuriel, consiste dans la diminution très-grande de la proportion du mucus. La salive est plutôt séreuse que muqueuse. En effet, ce liquide est alors sécrété en trop grande abondance pour pouvoir être complétement élaboré; il en est de même de toutes les sécrétions.

L'exposé que je viens de faire comprend les symptômes qui constituent le premier degré de la stomatite, mais les symptômes à leur *summum* d'intensité. Dans le *second degré*, ces symptômes en se développant encore, impriment un nouveau caractère à la maladie, qui présente alors un autre aspect. Il apparaît des plaques d'un rouge vif sur tous les points de la muqueuse buccale en contact avec les dents. Mais les phénomènes caractéristiques sont des productions diphthéritiques, espèce d'enduit qu'on voit sur le bord libre des gencives, à la face supérieure de la langue; des plaques pseudo-membraneuses sur la face interne des lèvres, des joues, sur les côtés de la langue, précisément dans les points qui correspondent aux arcades dentaires.

Quand arrive le *troisième degré*, les pseudo-membranes disparaissent, et à leur place on trouve des ulcérations et des pertes de substance de la muqueuse.

Le *quatrième degré* est marqué par un ébranlement plus considérable des dents qui tombent quelquefois; car l'inflammation de la muqueuse, qui au premier degré était bornée au feuillet interne du follicule dentaire, lequel est en rapport et adhère au collet des dents, s'est étendue au périoste alvéolo-dentaire : d'où la séparation des surfaces qu'il revêt, c'est-à-dire des dents et des alvéoles; d'où ébranlement, chute des premières et nécrose des secondes. L'action du mercure peut être telle sur la bouche, que les gencives tombent quelquefois en putrilage, que la langue et les joues se gangrènent. Ces cas sont excessivement rares, car l'aveuglement pour le mercure et l'obstination à continuer son administration, quand il affecte déjà la bouche, ne sont plus de nos jours.

C'est par exception qn'on observe une fièvre un peu caractérisée pendant le cours de la salivation. Dans certains cas le pouls acquiert un peu de fréquence, la peau devient chaude; il y a de la céphalalgie, de l'insomnie, un abattement général et de l'anorexie. Il y a quelquefois une décoloration considérable des tissus, la face surtout est d'une grande pâleur; les malades maigrissent; il survient de la diarrhée, du

tremblement, avec ou sans paralysie; mais ce sont là des complications qui ne sont observées d'abord que très-rarement, et lorsqu'on a persisté dans l'emploi du mercure, malgré la stomatite.

Il est rare que la stomatite parcoure ces trois degrés que je viens de décrire pour la facilité de l'étude. Aujourd'hui elle est presque toujours partielle, bornée en un point des gencives ou de la muqueuse buccale, et elle dure de quelques jours à quelques semaines.

Diagnostic. — Ce sont surtout les ulcérations syphilitiques que l'on confond avec les ulcérations mercurielles. J'ai établi leurs différences quand il s'est agi du diagnostic des chancres. D'ailleurs voici le diagnostic que M. Grappin a établi dans une bonne thèse :

« Le diagnostic de la stomatite mercurielle, dit-il, n'est jamais difficile; on ne peut pas la confondre avec la stomatite simple et avec celle causée par quelques agents particuliers, comme l'émétique, car il est rare que l'on ne soit pas instruit de la cause qui l'a produite, et cette connaissance suffit; puis, à défaut de renseignements, la fétidité de l'haleine et l'ébranlement des dents mettraient bientôt sur la voie. Il est facile aussi de distinguer les ulcérations mercurielles de celles qui sont produites par le virus syphilitique. En effet, les premières occupent la face interne des joues, des lèvres, des côtés de la langue, et correspondent à la saillie des dents; les autres affectent le plus ordinairement la partie interne ou le bord des lèvres, les commissures, la face supérieure de la langue, ainsi que les côtés, le voile du palais, les amygdales, la partie supérieure et moyenne du pharynx. Les ulcères syphilitiques sont profonds, arrondis, ont des bords élevés et taillés à pic; leur fond est grisâtre, sale; ceux dus au mercure sont superficiels, irréguliers, couverts de concrétions membraniformes et blanchâtres, et peu nombreuses; enfin l'ulcération est toujours précédée de rougeur, de gonflement de la membrane muqueuse et du ptyalisme, lorsqu'elle est due à des préparations hydrargyriques. Ajoutez que le mercure aggrave toujours les ulcérations mercurielles, tandis que les ulcérations syphilitiques sont avantageusement modifiées par lui[1]. »

Pronostic. — Le pronostic peut être envisagé de deux manières : 1° Au point de vue des désordres locaux et des effets sur la constitution, indépendamment des conséquences que peut avoir la salivation sur le traitement de la vérole; 2° au point de vue de cette thérapeutique.

a. Pour ce qui est des désordres locaux et généraux produits par le

[1] Grappin, *Thèse de Paris*, 1846.

mercure, administré comme on le fait maintenant, on peut dire qu'ils sont rares, très-rares. Ainsi il faut bien que l'on s'opiniâtre à soutenir les doses et le mode d'administration qui affectent la bouche ; il faut que le malade se trouve dans des conditions hygiéniques bien malheureuses et que sa constitution soit profondément débilitée pour qu'on observe ces mortifications des joues, de la langue, des gencives qui laissent après elles des brèches, puis des difformités pouvant entraver les fonctions des parties ainsi maltraitées. Pour ce qui est des effets généraux, ce sont des symptômes nerveux, un épuisement, résultats d'une salivation non-seulement abondante, mais très-prolongée. Or, je le répète, il est rare que les praticiens n'évitent pas ces accidents par la modération dans les doses et le soin qu'ils ont de suspendre l'administration du mercure quand la bouche commence à s'affecter.

b. Au second point de vue, c'est-à-dire comme influant sur le traitement de la vérole, la salivation n'est plus jugée comme on le faisait autrefois, puisqu'elle était considérée comme salutaire. On croyait, en effet, que le virus devait être entraîné par la sueur, par un flux intestinal, surtout par un flux salivaire, et il a existé une méthode de traitement qui s'appelait par *la salivation,* laquelle a été très-longtemps suivie et l'est encore exceptionnellement par quelques praticiens. Aujourd'hui on évite ce flux autant que possible, et l'on suit la méthode qui a été appelée par *extinction.*

Cependant tous les praticiens n'ont pas une égale crainte de la salivation. Il en est qui, sans la croire favorable au traitement, ne la croient pas non plus contraire ; du moins leur manière d'administrer le mercure suppose cette opinion. Ainsi ces praticiens, dans le traitement des syphilides, ne craindront pas d'administrer le proto-iodure de mercure, jusqu'à la dose de 2 décigrammes et plus par jour. Ils savent que cette dose peut provoquer un certain degré de salivation, mais comme ils pourront l'arrêter en suspendant l'administration du mercure, ils se permettent de fortes doses. Mais si l'on arrête le mercure, on arrête le traitement. Or, selon moi, c'est là un grand inconvénient ; c'est une cause d'insuccès et de récidive. Je l'ai déjà dit. Donc la salivation volontairement ou involontairement provoquée est d'un pronostic fâcheux aux deux points de vue que j'ai indiqués, car elle peut nuire par les désordres que le mercure cause directement, et parce qu'elle force le praticien à interrompre un traitement dont le succès tient beaucoup à sa continuité. Cependant il est des cas, mais très-rares, qui autorisent le praticien à pousser un peu à la salivation ; c'est lorsqu'il faut combattre des accidents qui peuvent compromettre avec rapidité des organes d'une grande importance. Ainsi j'ai constaté que dans les cas d'iritis

syphilitiques graves, on pouvait tirer un certain profit de la salivation; il s'opère alors une dérivation du côté de la bouche qui décharge assez promptement les yeux. Je reviendrai sur cet avantage de la salivation en traitant de l'iritis.

Traitement. — Avant tout, on devra éviter la salivation, c'est-à-dire faire de la prophylaxie. J'ai déjà dit le peu de succès des associations du camphre et du soufre au mercure. En exposant la méthode du docteur Pihorel, j'ai prouvé aussi que l'union du sulfure de chaux ammoniacé au mercure avait été inutilement tentée pour éviter la stomatite. Il vaut mieux préparer convenablement le malade, comme je l'ai déjà recommandé : la saignée préalable pour certains sujets forts et jeunes, les purgatifs et les bains dans tous les cas peuvent singulièrement favoriser la tolérance pour le mercure. Mais la meilleure prophylaxie est celle qu'on basera sur l'étude des causes. On évitera les changements brusques de température, surtout le froid humide. Cependant il ne faudrait pas tenir le malade trop enfermé dans un local peu spacieux et fortement chauffé. J'ai déjà dit que l'accumulation des malades soumis aux frictions dans une petite salle chauffée au poêle était une cause déterminante de la stomatite. Avant tout, il faudra éviter d'employer le mercure à hautes doses, car ce métal, en arrivant en trop grande quantité dans l'économie, sans que celle-ci y soit préparée, détermine la salivation. On devra donc, si l'on juge convenable de faire parvenir une grande quantité de mercure dans l'économie, procéder d'abord avec ménagement pour établir une espèce de tolérance : on ne réussira que par les petites doses au début et par le temps.

Les moyens qui composent le traitement curatif du ptyalisme s'adressent directement à la bouche, ou sont dirigés sur d'autres points.

Les premiers moyens directs qui ont été proposés sont les gargarismes adoucissants et astringents. Si l'on consulte l'expérience, on verra que ces deux gargarismes ont des avantages réels, mais à des époques particulières de la salivation. Les adoucissants, par exemple, conviennent dans les premiers temps de l'irritation. Il est même nécessaire, lorsque l'inflammation est vive, d'ajouter à chaque gargarisme de 200 grammes de véhicule, comme le lait tiède, l'eau d'orge, de guimauve, de 10 à 15 gouttes de laudanum liquide.

Quand la stomatite est arrivée à un degré extrême, les gargarismes sont insuffisants. On commencera alors par opérer un dégorgement local des parties phlogosées; on appliquera 15 à 20 sangsues au-dessous du bord inférieur de la mâchoire, depuis et y compris l'angle

de cet os jusqu'au menton. On fera bien saigner les piqûres pendant que les pieds du malade seront plongés dans de l'eau très-chaude. Plus tard, on remplacera les lotions émollientes par des applications d'oxycrat ou de glace pilée aux environs de la mâchoire inférieure. Le malade en introduira quelques fragments dans la bouche. Ces moyens seront continués tant que les symptômes se maintiendront à un certain degré d'intensité ; mais dès que le déclin arrivera, que l'irritation sera sensiblement diminuée, on prescrira les gargarismes astringents, tels que l'eau de plantain et une certaine quantité d'alun, l'eau vinaigrée ou acidulée avec quelques gouttes d'acide sulfurique, une décoction de roses rouges, de noix de galle, de tan.

Les ulcérations mercurielles sont tellement indolentes vers la fin du ptyalisme, qu'elles ne se cicatrisent pas, malgré le stimulus qu'y portent les gargarismes dont il vient d'être parlé. Il faut les toucher alors avec les caustiques, tels que les acides nitrique ou sulfurique, le collyre de Lanfranc, le sulfate de cuivre (vitriol bleu), la pierre infernale et l'acide hydrochlorique. Cet acide a beaucoup été employé dans ces derniers temps. Avec un pinceau, on le porte sur tous les points ulcérés et on les modifie ainsi très-avantageusement. On peut en faire autant avec le crayon de nitrate d'argent. Ces caustiques peuvent même être employés au début de la maladie. Ils seront appliqués alors sur les points des gencives et des joues primitivement affectés. On fait ainsi avorter la stomatite, si elle est peu grave, surtout si, en même temps, le mercure est supprimé.

On a aussi employé avec avantage un gargarisme avec 1/8e de chlorure de soude. Mais il faut savoir qu'on rencontre des malades chez lesquels cette dose doit être moindre, parce qu'elle leur cause une irritation trop vive ; la saveur âcre qu'elle donne au gargarisme devient parfois insupportable. Il convient alors de ne pas la porter au delà de 1/16e ou de 1/20e dans un véhicule gommeux. Dans d'autres circonstances, au contraire, l'atonie des ulcères mercuriels est telle, qu'il pourrait être très-avantageux de les toucher avec un pinceau trempé dans le chlorure de soude très-peu étendu d'eau.

M. Lagneau a aussi employé dans les mêmes vues, et quelquefois seulement pour corriger la puanteur de l'haleine des personnes qui subissaient un traitement mercuriel, quoiqu'elles ne fussent pas encore atteintes de salivation, ainsi que chez d'autres qui devaient cette repoussante incommodité à d'autres causes, des pastilles dans lesquelles le chlorure de soude ou de chaux se trouvait mélangé à quantité suffisante de gomme et de sucre, avec addition d'une substance aromatique quelconque.

L'opium à l'intérieur a aussi été recommandé pour calmer la salivation. Mais les essais qui ont été entrepris à l'hospice des Vénériens pour constater les bons effets de ce médicament n'ont pas été favorables à sa vertu antisialagogue. Bien que ces tentatives n'aient point donné de résultats en faveur de l'opium en substance, on ne doit pas pour cela le rejeter absolument dans le cas du ptyalisme. On fait usage avec succès de la solution vineuse (laudanum liquide) quand on veut calmer une grande irritation de la bouche.

Hunter avait une grande foi dans l'efficacité de l'opium. Il disait que, quand le mercure se porte sur la bouche et sur le pharynx, il est souvent utile de faire des lotions opiacées sur ces parties. Il calme l'irritabilité, et par conséquent la douleur : c'est aussi un moyen de diminuer la sécrétion. Voici deux formules qui ont été vantées :

N° 1.	Têtes de pavot concassées....................	2 grammes.
	Graine de lin..................................	4 grammes.
	Eau bouillante................................	180 grammes.
	Sirop de miel..................................	60 grammes.
N° 2.	Décoction de racine de guimauve............	180 grammes.
	Laudanum liquide de Sydenham..............	20 à 30 gouttes.

Quel que soit le mode d'action des moyens directs pour arrêter la salivation, comme ils ne peuvent agir qu'en modérant instantanément l'irritation locale sans avoir aucune influence sur la cause qui la détermine, on ne doit, selon M. Lagneau, les considérer que comme accessoires aux autres antisialagogues qui tendent à déplacer cette irritation ou à rendre le mercure inhabile à la produire en lui faisant subir, si l'on en croit quelques auteurs, de nouvelles combinaisons (Lagneau). En tête des moyens indirects, il faut placer les purgatifs. Ils entretiennent sur les intestins un point d'irritation qui peut prévenir le ptyalisme, et leur usage continu est un excellent moyen curatif, quand la salivation n'a pu être empêchée. Dans ce dernier cas, il est de principe de les administrer beaucoup plus fréquemment. Les purgatifs agissent souvent avec assez de promptitude pour arrêter la marche d'une salivation ordinaire en cinq ou six jours. D'autres fois, il est vrai, cette évacuation persévère jusqu'au dixième ou quinzième jour. Mais alors même les purgatifs ne sont pas sans avantage, car ils peuvent au moins prévenir l'accroissement de l'irritation buccale, s'ils se montrent insuffisants pour l'arrêter.

On prescrit 30 grammes de sulfate de soude ou de magnésie, à prendre dans trois verres d'eau de chicorée, ou bien on donne une

bouteille de citrate de magnésie. M. Lagneau préconise les pilules de savon avec l'aloès, d'après la formule suivante :

Savon médicinal..........................	60 grammes.
Rhubarbe en poudre................	30 grammes.
Aloès en poudre fine..................	15 grammes.

Faites s. a. des pilules du poids de 30 centigrammes. On en prescrit de 3 à 6 par jour.

Les bains chauds sont assez fréquemment employés contre la salivation. On explique leur efficacité par l'excitation de la peau qui attire ainsi vers elle les forces vitales qui se portaient avec trop de violence vers l'appareil salivaire. On compare donc leur action à celle des purgatifs et des autres irritants indirects. Il en serait de même des bains de pieds qu'on prescrit aussi avec avantage : ceux-ci agissent surtout comme dérivatifs, si l'on y ajoute de la moutarde en poudre ou 60 grammes d'acide hydrochlorique. On a eu recours aussi aux ventouses sèches ou scarifiées, aux rubéfiants, aux frictions sèches, afin de transporter l'irritation sur des organes éloignés de l'appareil salivaire. On en est venu même aux vésicatoires. Ils ont surtout réussi lorsque la salivation se montrait par trop opiniâtre ; car il arrive quelquefois que les moyens le plus ordinairement efficaces, et sur lesquels on a le plus compté, échouent, et qu'on est obligé de recourir, pour dernière ressource, à d'autres plus violents. Les vésicatoires, comme les ventouses, s'appliquent sur l'un ou l'autre bras ; mais on devra choisir la nuque à cause du voisinage des parties affectées.

Mussa Brassavole, qui écrivait en 1551, supposait que le mercure se portait à l'état métallique sur la bouche pour produire la salivation. Il conseilla alors de faire tenir constamment dans la bouche des malades une pièce ou un anneau d'or, afin que le mercure se combinât avec ce métal et perdît ainsi ses propriétés sialagogues. Ces expériences ont été répétées par des chimistes habiles de nos jours, et l'on n'a jamais remarqué un seul atome de mercure sur la pièce d'or.

L'affinité qui existe entre le soufre et le mercure ayant été remarquée depuis longtemps, on a conseillé de bonne heure l'emploi de ce corps simple pour arrêter le progrès de la salivation. Le soufre est donné en substance sous forme de pastilles. On a cru reconnaître quelques avantages à ce moyen, malgré notre ignorance sur sa manière d'agir sur nos organes. C'est peut-être un dérivatif. Il agirait aussi en excitant le tube alimentaire et en donnant un surcroît d'activité aux fonctions de la peau. M. Lagneau, qui paraît partisan du soufre, lui reproche, ainsi qu'à tous les autres antisialagogues, de ne pas remplir

constamment l'attente du praticien ; mais son usage étant quelquefois suivi de bons effets, il le recommande d'autant mieux qu'il est très-innocent et n'exclut pas l'emploi simultané des purgatifs, des gargarismes et des autres moyens appropriés. Ce praticien a eu occasion de voir le soufre, ainsi administré, arrêter jusqu'à trois fois le ptyalisme pendant le même traitement chez un sujet dont la bouche s'échauffait par la plus légère dose de mercure.

Pearson avait reconnu l'efficacité de l'acide sulfurique administré comme boisson. On le donne à dose suffisante pour rendre une boisson d'une agréable acidité. M. Lagneau, qui a expérimenté les acides, tant minéraux que végétaux, en fait les plus grands éloges.

J'ai dû exposer aussi brièvement que possible la plupart des moyens qui ont été tentés contre la salivation ; mais je dois dire maintenant que tous sont loin d'avoir la même efficacité. La cautérisation légère avec l'acide hydrochlorique ou le nitrate d'argent, les purgatifs : voilà les deux bases de la médication directe et indirecte. Les autres moyens sont très-accessoires, excepté cependant la saignée locale ou générale pour les sujets jeunes, sanguins, et quand il y a congestion manifeste sur la bouche. Il est bien entendu qu'avant tout on suspendra l'administration du mercure. MM. Herpin de Genève et M. Blache viennent de recommander le chlorate de potasse. Le premier confrère le donne à la dose de 1 à 4 grammes par jour; 50 centigrammes à 1 gramme toutes les trois ou quatre heures, dans une tasse de tisane. M. Blache met la même quantité de sel dans un julep gommeux. Il aurait une action curative prononcée non-seulement contre la stomatite mercurielle, mais contre les autres stomatites ulcéreuses [1].

COLIQUES ET DIARRHÉES. — TREMBLEMENT MERCURIEL.

Les effets morbides du mercure sur les intestins sont peut-être plus fréquents aujourd'hui que la salivation, parce qu'on administre presque toujours le mercure à l'intérieur.

La diarrhée et surtout les coliques ont lieu, chez certains malades, après chaque dose de mercure, et se prolongent pendant la journée et la nuit suivante. Cet accident est plus fréquent chez les femmes, il est bien plus souvent observé à la suite de l'administration du proto-iodure de mercure que quand on fait usage du deutochlorure, soit parce que ce dernier sel est administré à plus petite dose, ou peut-être à cause de son association presque constante avec l'opium ; car la formule de

[1] *Bulletin de thérapeutique*, 15 janvier et 15 février 1855.

Dupuytren est très-usitée. C'est surtout sous cette forme que le mercure produit la constipation. Il n'est pas très-rare, en effet, que mes malades de l'hôpital qui sont traités pour des accidents primitifs par les pilules de Dupuytren, se plaignent d'aller trop rarement à la selle. Mais c'est là un inconvénient qui a bien moins d'importance que la diarrhée et les coliques ; aussi devra-t-on, dans ce dernier cas, diminuer considérablement sa dose, jusqu'à ce que le malade ne souffre plus du ventre. Il est des cas où il faut arriver à supprimer tout à fait le mercure. Les organes digestifs ne peuvent en tolérer un atome. On observe cette intolérance chez certains sujets très-affaiblis, nerveux et malheureusement dans des cas où le mercure est presque indispensable pour amener la guérison. Soit qu'on diminue la dose du mercure, soit qu'on en suspende l'administration pour le reprendre ensuite, on devra toujours lui associer l'opium.

Quant au tremblement mercuriel, je le crois très-rare. Je ne l'ai observé que trois fois : une fois chez un doreur, une fois chez un malade qui avait été soumis pendant longtemps aux frictions. Enfin, j'ai observé dans mon service un malade chez lequel cet accident est survenu à la suite de l'administration du sublimé en bains. Comme les faits de cette nature sont rares et que les observations manquent en général de détails, et comme je trouve ici des circonstances qui me paraissent d'un véritable intérêt, je vais transcrire les notes que j'ai pu recueillir sur ce malade.

L..., (Alf.) est âgé de vingt-neuf ans. Il est entré le 15 mars 1852 et a été couché salle 9, n° 1. Il a eu plusieurs blennorrhagies. Le dernier écoulement date du commencement de 1848. Le traitement fut suivi très-irrégulièrement. Le malade souffrait peu ; les ganglions inguinaux étaient indolents. A la fin de 1849 (L... était à l'hôpital de Dijon), l'écoulement s'arrêta au moment où apparut une affection cutanée que le médecin considéra comme une psoriasis. Le malade prit alors des bains de sublimé pendant trois semaines, un chaque jour. Nous n'avons pu savoir la quantité de sublimé pour chaque bain.

Dès le dixième bain, L... ressentit de légères douleurs avec tiraillement dans les muscles, dans ceux du bras surtout. Bientôt ce fut un léger tremblement qui durait très-peu de temps. En même temps le malade perdit l'appétit, il fut pris d'une céphalalgie continuelle, de sueurs abondantes. Constipation, affaiblissement considérable sans amaigrissement.

Au vingt-deuxième bain, L... eut de violentes attaques avec écume à la bouche ; perte de connaissance pendant deux heures ; roideur convulsive des membres. En revenant à lui, il se trouva atteint d'un

tremblement général assez fort pour rendre la marche très-difficile. Cinq ou six jours après, l'état du malade commença à s'améliorer, et trois semaines plus tard les jambes et les bras restaient seuls atteints de ce tremblement.

Le malade sort alors de l'hôpital de Dijon. Sa maladie diminue sous l'influence des bains simples; le tremblement est devenu intermittent; rarement L... passe un jour entier sans en être atteint, de même qu'il peut l'être une, deux, trois fois, jusqu'à vingt fois dans un jour. (La durée est généralement de trois à dix minutes.) Les liqueurs fortes et les émotions ont une vive influence sur ces accès. Les bains de sublimé n'ont pas amené de changement dans l'état de l'affection cutanée qui a guéri seule deux mois après.

Malgré cet état de souffrance du système nerveux, ce malade a eu des rapports sexuels et a gagné un chancre pour lequel il a réclamé nos soins. Ce chancre, à forme serpigineuse, est très-douloureux; il y a de plus une céphalalgie des plus intenses. Le tremblement, borné aux membres, va en s'améliorant, sous l'influence des bains, des purgatifs légers. Il est bien entendu que j'éloignerai le mercure autant que possible quand il s'agira d'entreprendre le traitement général.

Voilà donc un fait de tremblement mercuriel épileptiforme.

Quant aux effets morbides du côté de la peau, du côté des reins dont on parle dans quelques livres, et qui auraient été produits par le mercure, je ne sais s'ils ont été bien observés et si ce sont réellement des accidents mercuriels.

Si l'on a bien suivi tout ce que j'ai dit sur les effets morbides du mercure, on restera convaincu qu'ils ne se produisent et ne prennent un véritable caractère de gravité que quand l'administration de cet agent est vicieuse, intempestive, et dans certains cas où la constitution se montre très-réfractaire à son action. En éloignant les procédés qui introduisent tout d'un coup une trop grande quantité de mercure dans l'économie, par exemple, les frictions; en modérant les doses des préparations qui sont administrées à l'intérieur, on pourra presque toujours éviter non pas les légers inconvénients du traitement mercuriel, mais les effets morbides qui peuvent être considérés comme des accidents.

On remarquera que je ne me prononce pas en faveur du mercure d'une manière absolue, car j'ai connu des malades qui ne pouvaient le supporter sous aucune forme et à aucune dose. Ainsi je traite actuellement un homme du monde, de trente-cinq ans, qui ne peut supporter 2 centigrammes de proto-iodure, ni même 1 centigramme de deutochlorure. Chez lui, l'intestin s'affecte tout de suite.

J'avertis les élèves de se méfier des observations qu'ils pourront recueillir dans les hôpitaux. Là, les malades, dans la crainte de la diète, n'accusent les coliques, les diarrhées, que quand elles sont très-prononcées.

En dernière analyse et en deux mots, le deutochlorure à faible dose contre les accidents dits *primitifs*, le proto-iodure à doses un peu plus élevées contre les accidents dits *secondaires*, voilà les deux formes sous lesquelles le mercure rendra le plus de services à la pratique.

§ 4. — *Iode.*

L'introduction de l'iode dans la thérapeutique de la syphilis est un événement tout récent et des plus heureux. Il y a donc un certain intérêt à savoir comment il s'est produit. En 1821, Coindet annonça que la matière médicale était en possession d'un nouveau résolutif, d'un fondant précieux, l'iode. En même temps, on tentait en Angleterre une révolution contre le mercure; elle gagnait la France à la faveur des idées broussaisiennes. On s'éleva contre le mercure non-seulement parce qu'il ne guérissait pas les maladies vénériennes, mais parce qu'il provoquait ou aggravait les accidents consécutifs. Les novateurs proscrivirent donc ce métal de la thérapeutique syphilitique, et réduisirent celle-ci aux adoucissants, aux antiphlogistiques, c'est-à-dire aux moyens que la doctrine physiologique pouvait tolérer. Mais l'insuffisance de ces moyens fut bientôt démontrée dans beaucoup de cas. Alors ne voulant pas réhabiliter le mercure, ce qui eût été une palinodie, on chercha un autre spécifique. L'iode, fixant l'attention des thérapeutistes, on s'adressa à l'iode. Ainsi, on voit déjà Richon-Desbrus, en 1823, prescrire ce métalloïde contre les bubons et la blennorrhagie; en Angleterre, les fauteurs de la même doctrine entrèrent dans la même voie, et l'iode fut proclamé un antisyphilitique.

§ 5. — *Iodure de potassium.*

L'iode pur était difficile à manier; ses effets étaient trop divers, trop opposés même, car on avait observé des phénomènes d'intoxication après de très-petites doses, tandis que de fortes doses avaient pu quelquefois être administrées impunément. On songea alors à le combiner avec d'autres corps, et Buchanan, de Londres, fut le premier à l'unir à l'amidon. Il obtint un iodure d'amidon qui fut employé avec l'iodure de fer, en France et à Londres, et comme antistrumeux, et comme antisyphilitique, mais sans méthode, et il faut le dire, avec une demi-confiance seulement. Alors (1836) parut la fameuse leçon de

Wallace [1]; ce fut l'inauguration de l'iodure de potassium comme moyen héroïque contre la syphilis. Cent quarante-deux cas d'affections vénériennes constitutionnelles attestaient les vertus du nouveau médicament. Et il faut le proclamer ici : du premier coup, Wallace arriva à la formule qui, aujourd'hui encore, peut passer pour une des meilleures. La voici :

Formule de Wallace.

Eau	250 grammes.
Iodure de potassium	8 grammes.

Une cuillerée à bouche, quatre fois par jour.

Le malade prenait donc à peu près 2 grammes d'iodure par jour, ce qui, dans le plus grand nombre des cas, est suffisant pour combattre les affections vénériennes les plus profondes.

Bientôt en France, en Allemagne, Wallace fut imité. Cullerier, M. Ricord, et d'autres praticiens encore, expérimentèrent et prônèrent l'iodure de potassium qui excita un véritable enthousiasme. On n'alla pas cependant jusqu'à proscrire le mercure, mais celui-ci fut obligé de compter avec le nouveau venu, et M. Ricord se chargea de faire les deux parts. Les accidents dits *tertiaires* échurent à l'iodure de potassium, et les *secondaires* furent conservés au mercure. Il s'éleva sur ce partage de justes réclamations; je les ferai connaître.

Beaucoup de raisons militent en faveur de l'iodure de potassium : 1° des cures vraiment admirables obtenues en très-peu de temps, comme je le prouverai plus tard ; 2° la facilité de son administration et l'absence de tout véritable danger, ce qui n'existait pas pour l'iode pur et les autres préparations ; 3° de plus, l'iodure de potassium étant d'une grande solubilité dans l'eau, il y a possibilité de le faire prendre dans toutes sortes de véhicules, de boissons. Son action étant infiniment moins irritante que celle de l'iode pur, on peut l'administrer à de très-hautes doses, puisqu'un praticien de Paris a osé en donner jusqu'à 30 grammes par jour et même plus. On peut aussi descendre jusqu'à 50 et 25 centigrammes. Il est donc peu de substances qui se prêtent plus à la variété des formules, aux exigences de l'âge, des goûts, des convenances, aux caprices même des malades. La dose peut aussi être en rapport avec le degré, la nature des accidents; car je prouverai, plus tard, que l'iodure peut remplir une double indication.

Je ne reproduirai pas ici toutes les formules qui ont été proposées pour l'administration de l'iodure de potassium, car, d'après ce que je

[1] *The Lancet*, livraison de mars 1836.

viens de dire, elles doivent être innombrables. Je ne ferai connaître que les principales, les plus utiles.

M. Ricord se servait de la formule que voici :

Iodure de potassium...............	50 centigr.
Sirop de pavot.....................	30 grammes.
Eau distillée.......................	94 grammes.

Les doses de l'iodure étaient ensuite augmentées tous les cinq jours de 1/2 gramme jusqu'au complément de 5 grammes par jour, qui n'étaient que rarement dépassés. Une année après, le même expérimentateur imprimait qu'on pouvait commencer par 1 gramme d'iodure et même 2 en un jour, et en faire supporter, toujours en un jour, 8 et 9 grammes. Enfin, dans les notes de la deuxième édition de Hunter, M. Ricord dit : « Lorsque les accidents tertiaires existent seuls, le mode de traitement qui m'a le mieux réussi consiste dans l'emploi de l'iodure de potassium. On commencera par la dose journalière de 3 grammes. Cette dose est prise en trois fois, dans la journée, dans trois verres de décoction de salsepareille, de houblon ou de saponaire. Les doses sont ensuite augmentées de 1 gramme, tous les cinq jours, jusqu'à 6 grammes par jour, dose que j'ai rarement dépassée. » On va voir où elle est portée par M. Puche dans les deux formules suivantes :

Solution d'iodure de potassium de l'hôpital.

Iodure de potassium...............	100 grammes.
Eau.......................................	400 grammes.
Cochenille..............................	q. s.

Faites une solution colorée en rose.

Usage contre les syphilides tardives et les symptômes tertiaires, soit ulcérations ecthymateuses, tubercules, soit périostoses, exostoses, caries.

Aux doses de 25 à 125 grammes par jour dans un litre de tisane amère ou sudorifique. A boire en six fois à intervalles égaux.

Sirop d'iodure de potassium.

Iodure de potassium................	20 grammes.
Anisette de Bordeaux..............	50 grammes.
Sirop de sucre........................	430 grammes.
Cochenille..............................	q. s.

Doses de 25 à 125 grammes par jour, dans un demi-litre d'eau froide. A boire en quatre fois à intervalles égaux.

Nota. — La dose de l'iodure de potassium de ce sirop peut être portée à 100 grammes.

Quant à moi, je donne l'iodure de potassium de deux manières : comme tonique et comme antisyphilitique. Je ne dépasse jamais

1 gramme pour remplir la première indication, et je vais rarement au delà de 4 grammes pour obéir à la seconde. Je m'explique : je crois que presque toutes les maladies vénériennes peuvent être traitées par le mercure, et cela avec succès, si cet agent est bien manié ; mais la constitution lui est quelquefois antipathique ; alors, au lieu de produire des effets curatifs, il ne produit que des effets morbides. Ainsi, il est des malades profondément débilités qu'on ne peut d'abord attaquer par le mercure, qui déprime évidemment les forces, car c'est ce qu'on appelle un *hyposthénisant*. J'administre alors l'iodure de potassium depuis 25 et 50 centigrammes jusqu'à 1 gramme, et jamais plus. Par ces doses je ne me propose pas un effet antidiathésique, je ne vise pas directement au virus, je cherche à agir sur la constitution, à la fortifier et la mettre dans les circonstances les plus favorables pour lutter contre l'agent d'intoxication et pour tolérer plus tard le mercure. L'iodure alors n'est pas un spécifique, et quand il guérit c'est indirectement, par contre-coup. L'estomac reprend du ton, l'appétit sous ces petites doses devient vif, la nutrition s'active, les forces se rétablissent, et il n'est pas rare d'observer alors un certain embonpoint. Mais quelquefois la maladie vénérienne persiste. S'il s'agit d'une syphilide superficielle, on ne la voit pas disparaître ; il peut arriver même qu'elle prenne plus d'activité : c'est le cas alors de faire intervenir le mercure ; il sera employé seul, si la constitution est rétablie, ou bien on l'adjoint seulement à l'iodure de potassium ; on combine les deux moyens. C'est alors le *traitement mixte*. Quand les accidents sont plus tardifs, c'est-à-dire quand les tissus fibreux, osseux, les organes profonds sont affectés, il y a un grand avantage à agir par la dose spécifique, par celle qui s'adresse directement au mal ; on débutera alors par 2 grammes d'iodure de potassium, afin d'aller jusqu'à 4 ou 6 grammes par jour dans la même semaine.

Voici ma formule :

Eau distillée........................	250 grammes.
Iodure de potassium...............	16 grammes.

Une cuillerée matin et soir, dans un verre de tisane de houblon ou de saponaire. On peut aller progressivement jusqu'à 6 cuillerées, et comme, d'après cette formule, chaque cuillerée contient 1 gramme d'iodure, on en donne 6 grammes par jour. Je n'arrive à cette dose qu'exceptionnellement.

A l'hôpital du Midi les flacons qui contiennent l'iodure ont des lignes transversales sur un côté des parois, de manière à marquer huit espaces dont chacun est occupé par une cuillerée de solution, soit 1 gramme d'iodure ; les flacons contiennent huit cuillerées.

On peut prouver qu'à haute dose l'iodure agit directement, comme

antidiathésique : 1° par les modifications avantageuses qui s'opèrent du côté du mal avec une rapidité incroyable, quelles que soient les circonstances hygiéniques dans lesquelles se trouve le malade, et avant que l'ensemble de la constitution paraisse le moins du monde modifié ; 2° par les insuccès qu'on observe dans certains cas où la dose administrée a été au-dessous de 1 gramme, et les succès qui sont la conséquence de l'élévation de la dose, et précisément dans ces mêmes cas. J'ai connu un jeune littérateur qui avait une ulcération tardive de la base de la langue assez profonde pour loger l'extrémité de l'index. Ce malade était traité inutilement depuis six mois par l'iodure à des doses qui ne s'élevaient pas au-dessus de 50 centigrammes par jour. Le traitement avait été suivi en province. Arrivé à Paris, ce littérateur voulut bien se confier à mes soins, et je débutai par 2 grammes par jour ; j'arrivai à 4 grammes dans la première semaine, et en trente jours l'ulcération était complétement réparée.

L'iodure de potassium peut aussi avoir un effet prophylactique ; il peut aider le mercure à empêcher les dernières périodes de la vérole de se produire. Ainsi je le donne souvent à petites doses, après un traitement complet, par le mercure, des accidents primitifs ou secondaires qui ont offert une espèce d'opiniâtreté, surtout quand le sujet est débilité. Je fais dissoudre alors l'iodure de potassium dans du sirop de fumeterre ou de bardane dont on prend une cuillerée à bouche, deux ou trois fois par jour, dans un verre de tisane de houblon.

J'ai déjà fait entendre qu'on ne s'était pas borné à combattre par l'iodure de potassium les accidents tertiaires, car on a voulu lui donner une part dans toute la thérapeutique antisyphilitique. Si l'on parcourt la liste des cas qui ont été traités par Wallace, on verra qu'elle contient des lésions secondaires, et, dans ces derniers temps, on a proposé l'iodure non-seulement contre cette seconde phase de la syphilis, mais encore contre la première, celle qui est représentée par les accidents dits primitifs. MM. Payan [1] et Bazin [2] ont publié des faits qui prouvent que ce puissant modificateur a produit, dans ces derniers cas, d'heureux effets.

Je suis loin de vouloir contester ces faits, car j'en possède d'analogues, ayant expérimenté l'iodure de potassium à toutes les périodes de la syphilis ; j'ai donc vu guérir des chancres, des affections cutanées secondaires pendant l'emploi de l'iodure : mais l'action thérapeutique de cet agent ne s'est jamais montrée alors avec cette prompti-

[1] Voyez *Journal de la Société de médecine de Bordeaux*, 1844.

[2] *Gazette des hôpitaux*, 1843.

tude, cette netteté, cette évidence qu'on observe quand il est employé contre les accidents dits tertiaires et très-tardifs; enfin, je n'ai jamais constaté ces caractères qui font que la causalité ne peut être mise en doute. Dans ces nouvelles applications, la guérison, certes, peut être rapportée à l'iodure, mais on peut en faire honneur aussi à la nature, car il s'est presque toujours passé un temps assez long pour qu'elle arrivât. Je ferai ici une exception : Les syphilides tardives profondes, l'ecthyma à grosses pustules, certaines syphilides tuberculeuses, sont guéries quelquefois avec une très-grande rapidité par l'iodure, surtout quand le mercure a déjà été employé.

ACCIDENTS ATTRIBUÉS A L'IODURE DE POTASSIUM.

A la rigueur, ce ne sont pas de véritables accidents que j'ai à décrire ici ; ce sont, dans le plus grand nombre de cas, des effets pathogéniques qui disparaissent dès qu'on cesse l'administration de ce remède et qui n'ont presque jamais une véritable gravité. Ces effets se produisent du côté des muqueuses du nez, des yeux, de la bouche, de l'estomac, des intestins; ils peuvent être observés aussi du côté des voies urinaires, de la peau et du système nerveux.

L'action la plus prompte et la plus fréquente se produit du côté des muqueuses pituitaire et oculaire. Souvent les malades sont pris, au début de l'iodure de potassium à une dose un peu forte, d'un coryza quelquefois assez aigu. On observe en même temps des symptômes prononcés d'ophthalmie catarrho-œdémateuse avec chémosis séreux plus ou moins prononcé et œdème des paupières; ce n'est quelquefois qu'une simple rougeur. Il est rare que ces deux muqueuses deviennent le siége d'une sécrétion muco-purulente. J'ai observé un malade aux chambres payantes de l'hôpital du Midi, dont la conjonctive se boursoufla d'abord, puis survint une effusion sanguine du tissu cellulaire des paupières qui teignit ces voiles absolument comme une ecchymose. Le malade, vu de loin, semblait porter de larges lunettes d'un bleu violacé. Je le traitais pour un engorgement chronique d'un testicule; il était fort débilité; il ne prenait qu'un gramme d'iodure par jour.

La salivation est assez fréquente; elle est très-analogue à celle des femmes enceintes; c'est une sorte de régurgitation d'une salive salée d'un goût métallique et amère. Elle simule, jusqu'à un certain point, la salivation mercurielle, car on rencontre chez quelques malades un peu de gonflement érythémateux, œdémateux des gencives; mais cette congestion ne va jamais jusqu'à l'inflammation comme dans la salivation mercurielle. D'ailleurs le ptyalisme iodique n'est jamais avec ulcé-

ration de la muqueuse buccale; il n'y a pas d'odeur particulière, de fétidité de l'haleine. Selon M. Payan, la chimie a pu démontrer la présence de l'iodure dans la salive [1].

Les voies digestives tolèrent bien l'iodure, dans le plus grand nombre des cas, et l'on a vu souvent l'appétit augmenter pendant son administration, surtout à petites doses; mais quelquefois les malades se plaignent d'une douleur, d'un sentiment de gêne dans la région du grand cul-de-sac de l'estomac. Cette douleur a parfois de l'analogie avec la pleurodynie. Wallace avait déjà fait cette remarque; il parle de la toux, de la gêne de la respiration. Mais ici la douleur est plus profonde que dans la pleurodynie. Dans certains cas, la soif est augmentée, quoique le plus ordinairement l'appétit seul soit accru et la nutrition fortement activée, de manière que les malades prennent bientôt de l'embonpoint. On a observé, mais rarement, des vomissements et de la diarrhée. M. Payan cite un enfant scrofuleux chez lequel l'iodure de potassium aurait produit une gastro-entérite chronique qui a mis près d'un mois à se dissiper. Je dirai d'abord qu'une gastro-entérite chronique qui ne persiste pas plus longtemps est un accident fort peu grave, et j'ajouterai que M. Payan signale une mauvaise nourriture comme ayant pu jouer un rôle ici.

J'ai noté quelquefois des douleurs vives dans les oreilles. J'ai supposé alors que l'irritation de la gorge avait passé dans l'oreille par la trompe d'Eustache. Je traite actuellement un jeune artiste dramatique très-nerveux, qui par la moindre dose d'iodure de potassium a un resserrement de la mâchoire, une espèce de trismus avec tendance au délire. Il y a dans la salle 10 de mon service, à l'hôpital du Midi, un malade chez lequel un gramme d'iodure par jour produit une céphalalgie intolérable.

On a signalé aussi, mais rarement, des symptômes de bronchite. Quelques phénomènes peuvent se présenter du côté de la peau : ce sont, le plus souvent, des éruptions qui se rapportent à l'acné, à la forme ecthymateuse à très-petites pustules. Je traite en ville un malade dont le visage se couvre d'une éruption semblable à celle du début de la variole, et cela le lendemain de l'administration de l'iodure, si l'on dépasse 1 gramme. Il est bien plus rare d'observer la maladie tachetée de Weslohl. M. Payan en cite un exemple dans son mémoire. Le sujet était lymphatique. Il prenait de l'iodure depuis deux mois. Il apparut aux deux jambes des taches comme des ecchymoses résultant d'une contusion.

[1] Voyez le travail de ce médecin sur l'emploi de l'iodure de potassium, etc., p. 221.

Les voies urinaires sont très-influencées chez quelques sujets, et la sécrétion de l'urine fortement accrue, dans la plupart des cas; M. Payan a vu un malade rendre 7 litres d'urine en vingt-quatre heures. Il prenait 1 gramme 1/4 par jour d'iodure. Il faut dire que ce malade avait une affection chronique de la vessie et peut-être des reins.

La circulation n'est pas manifestement impressionnée. L'école italienne prétend que le pouls est ralenti. M. Payan assure qu'il y a activité plus grande de la circulation. Aussi les hémorrhagies exceptionnelles qu'on a observées ont été considérées tantôt comme passives, tantôt comme actives. J'ai vu un malade qui eut un saignement du nez après avoir pris pendant deux jours 2 grammes d'iodure : il était très-débilité. « Du côté du système nerveux, dit M. Ricord, quelques malades ont éprouvé ce qu'on a désigné sous le nom d'intoxication iodique, caractérisée par un peu d'incertitude dans les mouvements volontaires, quelques soubresauts dans les muscles, des pesanteurs de tête, une sorte de paresse intellectuelle, et quelquefois par un léger trouble de l'intelligence.

« On a reproché à l'iodure de potassium de déterminer l'atrophie des glandes, des mamelles et des testicules en particulier. L'iodure de potassium est, en effet, un des plus puissants résolutifs que je connaisse, mais son action ne se manifeste que sur les organes malades dont elle n'empêche pas, dans tous les cas, l'atrophie, atrophie qu'elle peut même favoriser, mais qu'elle ne saurait produire à elle seule [1]. »

§ 6. — *Iodure de sodium.*

Dans ces derniers temps M. Gamberini a voulu placer l'iodure de sodium au-dessus de l'iodure de potassium [2]. Il l'a administré à 116 malades, savoir : 12 qui avaient simultanément des accidents syphilitiques secondaires et des tertiaires, 17 atteints de seuls symptômes tertiaires et qui avaient déjà pris du mercure (il remarque, à ce sujet, qu'il fallut pour obtenir une guérison complète leur donner d'autant plus d'iodure de sodium qu'ils avaient précédemment absorbé moins de mercure), enfin 87 affectés uniquement de symptômes tertiaires chez qui on n'employa que l'iodure de sodium. Cette dernière classe, la plus intéressante au point de vue de l'expérimentation clinique, comprend 37 cas de douleurs ostéocopes, 4 de périostoses, 4 d'exostoses avec des douleurs ostéocopes. Les autres cas se rap-

[1] Additions à Hunter, 2e édition.

[2] *Corrispondenza scientifica in Roma,* mars 1852.

portent à des lésions moins caractéristiques de la diathèse syphilitique.

Dans ces diverses affections d'une efficacité l'iodure de sodium s'est montrée aussi rapide, aussi prononcée que l'iodure de potassium; il y eut plus tard quelques récidives, cela est vrai; mais outre qu'elles ne furent pas plus nombreuses, qu'après l'administration de l'iodure de potassium, il faut remarquer que la continuation du même remède a suffi pour guérir définitivement les symptômes qui avaient paru de nouveau.

Les avantages qu'offre l'iodure de sodium sont les suivants : il n'est pas aussi désagréable au goût que le sel de potassium, il réussit dans certains cas où celui-ci a échoué. Moins irritant pour l'estomac, il permet au praticien d'en augmenter les doses plus rapidement qu'on n'oserait le faire avec l'iodure de potassium (cette propriété est précieuse dans certaines circonstances où l'indication est pressante) ; enfin ce n'est qu'exceptionnellement qu'il détermine de l'irritation à la gorge, l'éruption iodique, le ptyalisme. Cependant M. Gamberini parle de quelques malades chez lesquels la salivation obligea de cesser cette médication durant deux ou trois jours. Cet accident est rare à ce degré pendant l'administration de l'iodure de potassium.

La première dose a été constamment de 12 décigrammes dissous dans 90 grammes d'eau distillée, et pris en trois fois dans les vingt-quatre heures. On peut ensuite élever la quantité absolument dans les mêmes proportions et suivant les mêmes règles que pour l'iodure de potassium; il en est ainsi de l'incorporation du sel à l'axonge, pour l'usage externe.

Les faits de M. Gamberini ne sont pas de nature à faire oublier l'iodure de potassium. Mais ils sont suffisants pour marquer une place à l'iodure de sodium dans la thérapeutique. Ce sel pourra peut-être combler les lacunes que l'iodure de potassium laisse forcément dans certains cas. On voit souvent un même remède qui, bien indiqué au début d'une maladie, perd par l'habitude de sa vertu curative. On s'estime alors très-heureux d'avoir à sa disposition un second médicament d'espèce et de propriétés analogues et qui quelquefois réussit à cette période uniquement parce qu'il est différent de celui qui avait d'abord été employé.

§ 7. — *Iodure de fer.*

L'iodure de fer est employé quelquefois contre les accidents tardifs de la vérole. Selon M. Bouchardat, les médecins de l'Hôtel-Dieu emploient depuis dix ans cet *héroïque agent* à haute dose pour combattre

les accidents syphilitiques anciens, rebelles aux préparations mercurielles.

J'ai la conviction que l'iodure de fer est un agent thérapeutique d'une certaine puissance ; mais je suis certain que, dans le plus grand nombre des cas d'insuffisance du mercure, l'iodure de potassium aura beaucoup plus de succès.

L'iodure de fer pourra surtout être employé quand la cachexie syphilitique se prononcera, dans les états anémiques, chez les sujets affaiblis et quand il y aura complication scrofuleuse.

M. Baumès a observé que, dans des cas de défaut de plasticité du sang, d'ulcères interminables, les pilules de proto-iodure de fer produisent un effet *très-prompt* et *très-remarquable.*

Voici la formule de M. Bouchardat :

Iode..................................	80 grammes.
Fer, un excès, environ.............	40 grammes.
Eau..................................	100 grammes.

Laissez réagir à une température de 60 degrés jusqu'à ce que les liqueurs soient décolorées ; décantez, évaporez alors rapidement dans un mortier de fer. Quand l'eau est à peu près évaporée, ajoutez alors :

Miel..................................	50 grammes.
Poudre de gomme et de guimauve..	q. s.

Faites s. a. 1000 pilules qui contiennent chacune 1 décigramme environ de proto-iodure de fer. On en prescrit d'abord 4 par jour, on élève successivement cette quantité jusqu'à 20 et même 30.

C'est là une forme très-commode pour administrer le proto-iodure de fer. Mais il faut savoir qu'on ne peut faire supporter les quantités considérables d'iodure de fer ici indiquées que quand le sel ne contient point d'iode libre. Les médecins de l'Hôtel-Dieu ont souvent fait observer à M. Bouchardat qu'en ville ils ne pouvaient arriver à des doses aussi considérables qu'à l'hôpital. Ce chimiste attribue cette différence à la présence de l'iode libre dans les pilules qu'on fait dans les pharmacies ordinaires. On peut, selon lui, complétement éviter cet inconvénient par la formule suivante :

Proto-iodure de fer.................	10 grammes.
Carbonate de potasse...............	5 grammes.
Miel..................................	5 grammes.
Poudre de gomme et de guimauve..	q. s.

Faites 100 pilules. 1 à 10 par jour.

Ce qui vaut encore mieux, c'est de ne pas élever les doses de proto-iodure de fer, et cela avec d'autant plus de raison que c'est un moyen

qui doit agir longtemps sur la constitution avant d'avoir un effet réellement curatif.

On a employé le sirop d'iodure d'après ces deux formules :

Proto-iodure de fer.................	5 grammes.
Sirop de sucre........	500 grammes.

Mêlez. A prendre 5 ou 6 cuillerées par jour.

Ou bien :

Sirop sudorifique............. ...	500 grammes.
Proto-iodure de fer................	4 grammes.

2 cuillerées par jour : on peut aller jusqu'à 6.

§ 7. — *Autres préparations de fer.*

D'autres préparations ferrugineuses sont encore employées contre les véroles invétérées. On sait que les anciens praticiens ne manquaient jamais de placer les martiaux sur la liste des agents antisyphilitiques. Ils y avaient recours surtout dans les cas où le mercure était insuffisant et même dangereux, c'est-à-dire dans les affections rebelles des tissus fibreux osseux, quand la cachexie se prononçait.

Swédiaur a écrit un chapitre très-instructif sur les *maladies vénériennes incurables par le mercure,* dans lequel on peut constater le cas que fait ce grand praticien des préparations ferrugineuses quand le mercure cesse d'être utile. Il administrait l'éthiops martial, le vin chalybé, et plus particulièrement une combinaison de fer et d'éther sulfurique.

Aujourd'hui les pilules ferrugineuses de Valette, celles au lactate de fer remplacent très-efficacement ces anciennes préparations.

§ 8. — *Or, argent, platine.*

L'or en poudre, combiné avec l'oxygène, l'antimoine, l'argent, ou amalgamé avec le mercure, a été proposé et administré comme antisyphilitique. On peut voir Ucay, dans son *Nouveau traité de la maladie vénérienne* (1699), dire : « Je ne saurais assez exagérer les vertus de ce remède. » Ucay n'était pas le seul admirateur de son époque ; cependant bientôt le silence, l'oubli le plus profond remplacèrent les éloges les plus pompeux. Mais, dans ces derniers temps (1811), Chrestien ordonna l'or comme *un nouveau remède dans les maladies vénériennes et lymphatiques.* Serre (de Montpellier) essaya l'argent ; on voulut aussi tenter le platine. Chrestien a employé surtout l'hydrochlorate d'or et de sodium, parties égales, pour une poudre ; il a aussi essayé l'oxyde précipité par l'étain ou la potasse et l'or métallique, mais extrêmement divisé. « Ces trois préparations ont complétement réussi, quelle que

fût la nature des symptômes syphilitiques contre lesquels on les a prescrites [1]. » La poudre est administrée, d'après la méthode de Clare, en frictions sur les gencives, la face interne des lèvres et sur la langue. Chrestien faisait aussi usage des pilules suivantes :

Hydrochlorate d'or et de soude.......	5 centigr.
Extrait de daphne mezereum.........	8 décigr.
Sirop simple.........................	q. s.

Pour 15 pilules. 1 par jour; aller progressivement jusqu'à 3 et plus.

L'or a toujours conservé des partisans à Montpellier, surtout dans la famille de Chrestien. Il a été expérimenté avec des préventions favorables, à Paris, par M. Legrand et à Toulon par M. Reynaud. Voici comment ce dernier chirurgien l'a employé et jugé. Je ferai connaître ensuite l'opinion de quelques autres syphiliographes sur le même modificateur, et je dirai, en passant, ce qu'ils pensent aussi de l'argent et du platine.

M. Reynaud se sert de la même combinaison que Chrestien : 5 centigrammes (1 grain) de sel et 10 centigrammes (2 grains) de poudre d'iris ou de lycopode traitée par l'eau et l'alcool, qu'il mêle exactement et divise en douze paquets égaux.

Un paquet en frictions sur la langue et la face interne des joues tous les matins. Le malade humecte le doigt indicateur droit avec de la salive, le charge de la poudre, et frictionne la langue pendant cinq à dix minutes; il essuie son doigt, à la fin, contre les joues. On choisit cette dernière partie pour la friction, si quelque cause empêche de la pratiquer sur la langue. On pourrait faire la friction sur les gencives, mais il serait trop difficile, dans ce cas, de mettre les dents à l'abri de l'or et d'empêcher la coloration noire désagréable qu'il détermine sur leur collet.

La salive afflue avec abondance dans la bouche; elle doit être avalée en entier, chargée qu'elle est toujours de quelques atomes de sel.

Après cette première série de frictions, M. Reynaud en prescrit une seconde en divisant les mêmes doses de muriate d'or et de poudre inerte en dix paquets, puis une troisième en huit paquets, une quatrième en sept, une cinquième en six, une sixième en cinq, une septième en quatre, une huitième en trois. Dans les cas les plus opiniâtres, on continue plusieurs séries à quatre ou à trois divisions, de manière à atteindre presque toujours des doses plus fortes que celles de Chrestien, et à pousser quelquefois jusqu'à 12 et 15 grains de sel d'or.

[1] Lagneau, t. II, p. 193.

D'après M. Reynaud, les traitements ordinaires sont de six à neuf séries de frictions, c'est-à-dire de 30 à 40 centigrammes (de 6 à 9 grains) de perchlorure d'or et de soude. Souvent, dans les cas graves surtout, ce praticien ajoute l'emploi de l'oxyde d'or en pilules, et compose quelquefois ces pilules avec l'extrait d'écorce de garou, mais le plus habituellement avec l'extrait de ciguë et l'extrait de douce-amère à la dose de 5 centigrammes (1 grain) d'oxyde d'or, et 50 centigrammes (9 grains) de chaque extrait pour dix pilules contenant chacune un dixième de grain d'or. Deux pilules par jour, une le matin à jeun, et la seconde le soir, une heure avant le repas ou quatre heures après; on va ainsi jusqu'à 40, 50 ou 60 centigrammes (8, 10 ou 12 grains) d'oxyde d'or.

Les tisanes de saponaire, de chicorée ou de salsepareille sont prescrites comme accessoires. Il est bien entendu que l'hygiène complétera le traitement.

M. Reynaud dit n'avoir jamais observé, sous l'influence des traitements par les préparations d'or (et il les a employées au moins une centaine de fois), les affections de la bouche et les irritations gastro-intestinales que leur attribuent quelques auteurs. Souvent elles n'ont pas paru exercer d'action notable sur l'économie ; souvent elles ont déterminé un peu d'excitation générale, et dans quelques cas seulement cette excitation s'est accompagnée d'un peu de céphalalgie ou d'un peu de réaction fébrile que la cessation momentanée du remède a bientôt fait disparaître. M. Reynaud dit, enfin, que *presque toujours*, sous l'influence de ce traitement, il a vu diminuer progressivement, et *guérir tout à fait les accidents tertiaires de la syphilis* [1].

On le voit, je ne commence pas l'exposé des opinions, sur l'efficacité de l'or, par celles qu'on peut croire malveillantes. J'ai voulu, au contraire, débuter par l'opinion d'un auteur qui peut être considéré comme un partisan de l'or. Mais je ne puis me dispenser de faire remarquer que M. Reynaud est aussi un grand partisan de l'iodure de potassium, moyen qui triomphe, comme on le sait, des mêmes accidents que M. Reynaud cherche à combattre avec les préparations d'or.

Les grands avantages que Chrestien attribuait aux préparations d'or éveillèrent l'attention de la *Société de médecine*, et Cullerier (oncle) fut chargé de faire des essais à l'hôpital du Midi. Ces essais ne furent pas favorables à ce qu'on appelait alors la *nouvelle méthode*. Treize malades lui furent soumis, et treize malades furent confiés aux seules forces de la nature. Les lésions étaient les mêmes des deux côtés, et les

[1] P. 398.

résultats définitifs furent identiques [1]. Selon M. Ricord, l'or a toujours été inutile, comme méthode générale, quand il s'est agi des accidents primitifs, contre les accidents généraux consécutifs, c'est la médication qui est la plus incertaine. Le plus grand nombre des accidents réputés guéris par ce médicament seraient loin d'avoir tous le cachet spécial incontestable de la vérole, et quand l'or a été administré dans des cas assez caractérisés, après l'essai d'autres méthodes et du mercure en particulier, cela prouverait, selon M. Ricord, non les vertus du médicament nouveau, mais les avantages de la suspension d'un traitement alors nuisible.

Les préparations d'argent sous toutes les formes, et d'après les indications de M. le professeur Serres (de Montpellier), ont paru à M. Ricord bien plus incertaines encore que les préparations d'or, et cela contre les accidents primitifs et contre la vérole confirmée. Elles furent données d'abord à petites doses, et poussées graduellement à la dose énorme de 14 à 16 grains par jour. M. Ricord dit n'avoir produit que des irritations des voies digestives qui en ont fait cesser l'emploi.

M. Cazenave et Biett expérimentèrent les préparations d'or. Selon ces praticiens, les résultats ont toujours été si douteux qu'ils n'ont dû conserver qu'une très-faible confiance dans la valeur de cet agent. Quant aux préparations d'argent, sur vingt malades traités soit avec le cyanure, soit avec le chlorure, soit avec l'iodure, soit avec le phosphate d'argent, aucun cas de succès. Mais Biett et M. Cazenave n'ont pas traité ainsi des symptômes primitifs qui peuvent disparaître, on le sait, sous l'influence de tous les moyens possibles; leurs essais portaient, au contraire, sur des accidents secondaires, ceux que l'on appelle *symptômes de syphilis constitutionnelle* ou *confirmée.*

On voit déjà que les expériences de Cullerier, Biett, MM. Ricord, Cazenave, sont loin d'être concordantes avec celles de Chrestien. A ces praticiens on pourrait en joindre une foule d'autres qui sont arrivés aux mêmes résultats. M. Payan, après avoir examiné les faits, pesé les opinions, se résume ainsi : « Le traitement par l'or ne peut être érigé en méthode générale; il convient de le réserver : 1° pour les cas de syphilis dans lesquels les mercuriaux ont échoué, le mal persistant alors à être réfractaire à son action ; 2° pour ceux où une intolérance marquée des préparations mercurielles ne permet pas à l'économie de les supporter convenablement; 3° pour ceux où l'inefficacité du mercure paraît tenir à une complication scrofuleuse; 4° pour ceux encore où les accidents dépendent moins de la syphilis que d'une

[1] Voyez le détail des expériences dans le tome II, p. 195 et suivantes de M. Lagneau.

hypersaturation mercurielle qui est capable d'engendrer des accidents parfois analogues à ceux de la syphilis tertiaire. »

Quant à moi, je pense que la thérapeutique n'est pas assez riche pour qu'on rejette trop facilement un de ses moyens, surtout quand il s'offre avec les honorables témoignages que l'or a pu recueillir ; mais on remarquera que ceux qui se sont efforcés de conserver à la pratique les préparations d'or ont surtout marqué sa place vers la période ultime de la vérole, quand le mercure a été suffisamment employé ou quand il avait échoué. Eh bien, cette place est largement occupée aujourd'hui par l'iodure de potassium dont les avantages ne sont ni contestables ni contestés. Que reste-t-il aux préparations d'or ? Les cas réfractaires à l'iodure de potassium.

§ 9. — *Sels doubles.*

En faisant connaître les iodures, j'ai déjà parlé d'un sel double employé par M. Puche : c'est l'iodhydrargyrate. D'autres ont été usités très-anciennement ; celui qui est venu jusqu'à nous, en conservant toujours une certaine réputation, c'est le *mercure soluble de Hahnemann*. M. Cazenave va jusqu'à dire que c'est là une des préparations *les plus utiles* dans le traitement des syphilides. Elle est plus facile à manier et plus facile à supporter, ce qui fait que les sujets faibles, délicats s'en trouvent bien. L'activité du mercure soluble n'est pas grande, mais il suffit dans les syphilides superficielles et peut être longtemps continué, et cela avec avantage. Quand les formes profondes se manifestent, il vaut mieux recourir au proto-iodure de mercure.

Le mercure soluble de Hahnemann est composé de :

92,2 de protoxyde de mercure.
1,9 d'ammoniaque.
5,9 d'acide azotique.

Comme ce sel se décompose avec facilité, Hahnemann préférait le donner en poudre, d'après la formule que voici :

Poudre de mercure soluble de Hahnemann.

Mercure soluble	5 centigram.
Opium	5 centigram.
Poudre de gomme adragante ou de réglisse	25 à 50 centigr.

M. Cazenave se sert des pilules suivantes :

Mercure soluble de Hahnemann	2 grammes.
Thridace	2 grammes.

Pour 40 pilules. Une pilule matin et soir. M. Cazenave dit aller souvent jusqu'à 4 par jour.

§ 10. — *Bois sudorifiques.*

Deux circonstances qui frappent toujours le vulgaire donnèrent un instant la vogue et la suprématie aux bois sudorifiques et ruinèrent pour quelque temps le crédit du mercure. En 1517 des marchands portugais apportèrent en France du bois de gaïac. Comme ils voulaient bien le vendre et qu'ils *venaient de loin* (de Saint-Domingue), ils ne leur fut pas difficile de *mentir*, ils attribuèrent à ce bois des guérisons miraculeuses dans les cas les plus désespérés. Et ils eurent un grand succès et un grand lucre. Plus tard on fit venir un spécifique végétal de bien plus loin encore et on proclama une guérison qui à elle seule valait toutes celles du nouveau monde. Charles-Quint avait été sauvé par la squine! Le mercure succomba, mais pour revivre aussitôt, et les bois prirent une place très-secondaire dans la thérapeutique.

Le *gaïac* est un des bois qui a le moins été abandonné, mais il n'est presque jamais administré seul.

Tisane de gaïac.

Gaïac râpé........................ 120 grammes.
Eau commune...................... 2 kilogr.

Faire macérer pendant douze heures, réduire à moitié, et ajouter à la fin :

Racines de réglisse................ 30 grammes.

La *salsepareille* est encore employée en décoction pendant l'administration du mercure et surtout quand il s'agit du traitement des accidents consécutifs : pour certains praticiens même, c'est plutôt par habitude que par une conviction bien faite des vertus de cette racine qu'elle est employée. Elle entre d'ailleurs, comme je le montrerai plus tard, dans la composition de certaines tisanes, de certains sirops composés : ainsi la tisane d'Arnoud, le sirop de Cuisinier.

La tisane de salsepareille seulement se prépare d'après la formule que voici :

Salsepareille........................ 120 grammes.
Eau commune........................ 2 kilogr.

Faire macérer pendant douze heures, broyer les racines ensuite dans un mortier de marbre, et réduire à moitié.

Les tisanes de *squine*, de *sassafras*, autres bois sudorifiques, se préparent de même. Les racines de *lobélia*, d'*astragale*, sont complétement mises de côté. Quant à la *saponaire*, on se sert beaucoup aujourd'hui de ses feuilles pour faire une tisane dans laquelle on dissout de l'iodure de potassium. J'ai mêlé souvent à cette tisane du sirop de fumeterre ou de bardane.

§ 11. — *Préparations composées en général de parties minérales et végétales.*

Si l'on examine de près et sans prévention la plupart de ces composés, on sera bientôt convaincu que leur efficacité vient de l'élément minéral qu'elles contiennent. Ainsi, le sirop de Cuisinier seul est à peu près insignifiant ; il a, au contraire, une action réelle quand il est additionné avec le sublimé. La tisane de Rittmann a une influence thérapeutique réelle par le protochlorure et le sulfure de mercure qu'elle contient ; celle de Feltz, par le sulfure d'antimoine ; et ainsi de suite pour toutes les tisanes, tous les sirops composés et tous les robs : s'ils ne sont pas additionnés, ils n'ont qu'une action médiocre.

Je vais donner la formule des deux composés qui ont eu le plus de réputation et dont l'absence dans cet article semblerait une lacune regrettable ; je veux parler du sirop de Cuisinier et de la tisane de Feltz.

Sirop de Cuisinier.

Salsepareille	1 kilogr.
Eau commune	12 kilogr.

Faire macérer pendant vingt-quatre heures et réduire à 4 kilogrammes. Répéter la même opération deux fois sur le moût, après avoir décanté la liqueur. Mêler ces trois décoctions et ajouter :

Fleurs de bourrache	69 grammes.
Roses blanches	60 grammes.
Anis	60 grammes.
Séné	30 grammes.

Faire bouillir jusqu'à réduction de moitié ; passer et ajouter :

Sucre	1 kilogr.
Miel	1 kilogr.

Un demi-verre trois fois par jour, et en même temps tisane de salsepareille.

Il y a le sirop de Cuisinier de première cuite, de seconde cuite et de troisième cuite, c'est-à-dire qu'on ajoute 5, 10 ou 15 centigrammes de deutochlorure de mercure pour 500 grammes de sirop, selon qu'on veut augmenter ou, pour mieux dire, réaliser sa vertu antisyphilitique.

M. Baumès donne, avec deux ou quatre cuillerées de sirop de Cuisinier, le matin et le soir, une demi-cuillerée ou une cuillerée à café de liqueur de Van-Swieten, en augmentant la dose progressivement.

Au lieu du deutochlorure, on peut introduire dans le sirop de Cuisinier le cyanure de mercure dont la décomposition est moins facile. Mais M. Baumès fait remarquer qu'il faut alors surveiller attentivement l'administration du sirop ainsi additionné, son action sur les voies digestives étant violente.

Tisane de Feltz.

Salsepareille	60 grammes.
Colle de poisson	10 grammes.
Sulfure d'antimoine lavé	90 grammes.
Eau	4 litres.

F. s. a. réduire à 1 litre. A prendre dans la journée par verrées.
On lave ordinairement le sulfure d'antimoine à l'eau bouillante.

M. Rayer, qui emploie très-souvent cette préparation, fait observer qu'en procédant ainsi on enlevait une grande partie de l'arsenic contenu dans le sulfure d'antimoine, ce qui lui fait perdre une partie de son utilité. Mais comme la proportion d'arsenic contenue dans la tisane, en employant de l'antimoine non lavé, est quelquefois trop considérable, M. Rayer prescrit souvent, au lieu de la tisane de Feltz, la suivante :

Tisane de Felz modifiée par M. Rayer.

Décoction de salsepareille	500 grammes.
Arséniate de soude	3 milligram.

CHAPITRE II.

MALADIES VÉNÉRIENNES DITES CONSÉCUTIVES, EN PARTICULIER.

ARTICLE PREMIER.

Maladies de la peau. — Syphilides.

Ce sont des éruptions variées du tégument, éruptions qui se produisent quand déjà le virus syphilitique a modifié l'organisme d'une certaine manière. Les syphilides répètent presque toutes les formes élémentaires des maladies cutanées, mais avec un cachet particulier qui décèle leur nature.

Les affections de la peau frappèrent le plus les observateurs de ce qu'on appelle l'épidémie de la fin du XVe siècle, tellement elles étaient fréquentes et graves. Depuis ces temps reculés jusqu'à une époque très-voisine de la nôtre, toutes les syphilides étaient confondues sous le nom général de *pustules*. En appelant *syphilides* ces éruptions, Alibert rendit un double service à la science : il créa une dénomination heureuse et exacte et contribua à détruire la fausse idée qui devait naître du mot *pustule* comme terme générique. Mais c'est à Biett et à ses élèves qu'on doit d'avoir appliqué avec un vrai talent à l'étude des syphilides la méthode

de Willan, de les avoir classées selon les lésions élémentaires de la peau. Ceux qui voudraient nier ici les progrès de cette école nieraient la lumière; mais ceux qui ne reconnaîtraient pas qu'il y a encore immensément à faire pour l'étude des syphilides nieraient une chose malheureusement tout aussi réelle, ils nieraient les ténèbres.

L'étude des syphilides est d'une importance extrême. Il faut d'abord les connaître pour les traiter, car il en est qui sont très-graves, par elles-mêmes. On devra aussi se familiariser avec leurs caractères, leur physionomie, pour parvenir à la connaissance de certaines maladies graves, obscures, dont la nature quelquefois n'est décelée que par l'apparition d'une syphilide qui indique en même temps la thérapeutique à suivre. Un exemple va faire comprendre cette importance. Un commis en soieries fort, robuste, avait une paralysie des muscles de l'épaule du côté droit avec quelques mouvements convulsifs et douloureux des muscles du cou. Il fut saigné, purgé, émétisé inutilement; on lui appliqua des vésicatoires, il prit des bains de vapeur, il fut électrisé, toujours inutilement. Il vint me consulter. J'aperçus au haut du front une tache rouge; je relevai ses cheveux et je découvris une véritable *corona veneris*. Le malade, interrogé sur ses antécédents, me parla d'une très-ancienne chaude-pisse. Je le mis à l'usage de l'iodure de potassium. Les contractions douloureuses des muscles du cou cessèrent d'abord; puis les mouvements de l'épaule revinrent. Ils étaient complétement rétablis un mois après mon traitement. Il est évident qu'il existait ici une affection vénérienne des centres nerveux, probablement de la moelle, affection qui fut décelée par la syphilide du front.

Je ne saurais donc trop engager l'élève à étudier les maladies syphilitiques de la peau.

§ 1er. — *Caractères généraux.*

Je vais d'abord exposer les caractères généraux des syphilides; je les classerai ensuite et les étudierai à part dans chacune des divisions adoptées par l'école de Biett.

Les syphilides offrent une physionomie qu'on ne peut méconnaître quand une fois l'attention a été fixée sur elles. Cette physionomie se compose de la couleur, de la forme des syphilides, des stigmates qu'elles laissent à leur suite. On aura égard aussi à la chronicité.

Couleur. — La couleur des syphilides, couleur chair de jambon (Fallope), rouge-cuivre (Swédiaur), ce caractère a frappé les observateurs de tous les temps. Il est considéré aujourd'hui comme le plus important, celui sur lequel porte principalement le diagnostic différentiel de ces éruptions, celui qui les distingue des éruptions simples ou de

toute autre nature. Et cependant la valeur de ce trait a été contestée et même niée ! Il est vrai qu'après certains ulcères, certains eczémas simples non syphilitiques, surtout aux jambes, on voit la peau prendre à peu près cette teinte; quelquefois aussi les taches du purpura, avant de disparaître, passent par la nuance du rouge éteint : mais l'examen des antécédents, la connaissance des premières périodes de la maladie lèvent les doutes. Au lieu d'un ton fortement accusé, il s'agit quelquefois d'une nuance difficile à saisir. Fallope avait d'abord dit : *non enim ruber, non albus, non pallidus*. Il est des cas, écrit M. Cazenave, où le rouge est peu marqué, la teinte varie de cette couleur au gris. D'ailleurs le ton peut être modifié selon l'espèce, la période de la syphilide et d'autres circonstances : ainsi la syphilide tuberculeuse offre la couleur cuivrée la plus classique, mais au moment de la poussée de la roséole, de la syphilide papuleuse, la couleur est d'un rouge clair, lequel s'assombrit à mesure que la syphilide se prononce, comme on le voit pl. 5, fig. 1. Est-ce que dans les premiers temps la fluxion vasculaire masquerait l'altération de l'appareil chromatogène ? ou bien est-ce parce que cet appareil n'a pas encore été modifié ? Il est des cas où l'on peut distinguer les deux colorations : ainsi, dans certaines affections tuberculeuses, par la pression avec le doigt, on fait disparaître la rougeur ordinaire en vidant les vaisseaux; mais la nuance cuivrée reste parce qu'elle est due à une matière qui est combinée avec une couche de la peau. Vers la dernière période de certaines syphilides squameuses lenticulaires, on voit le rouge cuivré passer au jaune obscur grisâtre, ce qui rappelle le cuivre jaune sali. L'âge du malade, sa constitution peuvent faire varier la couleur de la syphilide. Ainsi, il y avait à la salle 11 de mon service à l'hôpital du Midi deux malades. Ils avaient tous deux un ecthyma syphilitique. Les pustules du jeune étaient entourées d'un cercle rouge brillant comme on peut le voir à la pl. 6, fig. 3, tandis que les pustules de son voisin, vieillard débilité, étaient livides, noirâtres. On les voit même planche, même figure.

Les véritables tubercules, les pustules laissent des taches livides d'un rouge obscur, violacées comme les ecchymoses du purpura. Mais, même alors, si l'on examine bien toute la peau, on trouvera des points où le rouge cuivré sera manifeste. Quelquefois, au lieu de s'éteindre par l'ancienneté de la maladie, le rouge persiste et se caractérise davantage : ainsi il reste quelquefois des taches rouges à la place des syphilides depuis longtemps disparues. Le froid paraît influencer la coloration de certaines syphilides; il rend la roséole plus apparente. Quand il restera quelques doutes sur l'existence de celle-ci, on n'aura qu'à donner un bain au malade et l'examiner au sortir de l'eau, quand

la peau est frappée par l'air. Alors les moindres taches deviennent très-évidentes.

La persistance de la coloration syphilitique, son espèce de chronicité, l'impossibilité de la faire disparaître en entier par la pression, tout semble prouver que ce phénomène se passe entre l'épiderme et le derme, dans ce qu'on a appelé le feuillet *albide*, ou si l'on aime mieux, dans l'appareil chromatogène dont la sécrétion a été altérée.

J'ai déjà parlé des diversités de ton qui tiennent à la période de l'éruption ; je dois ajouter que sur le fond, pour ainsi dire classique, il est des nuances individuelles qui doivent tenir à des modifications dans le tégument, dans la vascularisation. Ainsi, chez certains sujets à peau blanche, fine, le rouge est animé, dans la roséole, le lichen et c'est, comme je l'ai déjà dit, surtout au début de ces éruptions. Chez l'homme âgé, dont la peau manque de transparence, de vitalité, la coloration est toujours plus terne; elle est souvent violacée. Chez le bilieux, le rouge donne sur le brunâtre. Chez le cachectique, la teinte se rapproche de celle de l'injection veineuse ; elle est livide. Je traite actuellement un malade gras, très-lymphatique et apathique ; il a eu un chancre induré, puis des taches livides sur la peau que je n'aurais jamais considérées comme syphilitiques, si je n'avais vu naître tous les phénomènes de l'intoxication. C'est sur de pareils sujets que les cicatrices des syphilides qui s'ulcèrent ont une apparence bleuâtre. En résumé, la teinte cuivrée est un des meilleurs signes, car il est très-rare qu'elle appartienne à une affection non syphilitique; elle peut constituer à elle seule le diagnostic dans certains cas, mais il faut alors qu'elle soit bien tranchée, qu'elle ne soit pas masquée par des affections concomitantes; dans tous les cas on ne négligera jamais les autres traits qui complètent la physionomie de la syphilide.

Forme. — Le trait le plus important après la couleur c'est la forme qu'affecte la syphilide. Elle se dessine ordinairement en courbes qui circonscrivent des portions de cercles, des cercles entiers ou des taches arrondies. On ne remarque pas seulement ces dispositions sur des plaques isolées, limitées à de petites surfaces. Les courbes circonscrivent quelquefois plusieurs groupes de plaques, de vésicules, de tubercules. Il est vrai que ce trait manque dans certaines syphilides, surtout celles qui sont précoces, la papuleuse; mais à mesure que la syphilide devient plus ancienne, plus profonde, elle se groupe mieux en cercle. Il faut dire aussi que la forme circulaire se remarque sur des dermatoses, en dehors de la syphilis, ainsi le lupus, l'herpès vulgaire. Ce qu'il y a de remarquable, c'est de voir quelquefois, dans certaines syphilides, le cercle formé à demi par un organe et l'autre portion par un

autre organe : ainsi, dans la syphilide cornée, on voit quelquefois un segment de cercle sur la face palmaire d'un doigt, tandis que l'autre segment est inscrit sur le doigt voisin. J'ai dans mon service un malade qui a un herpès circiné aux parties génitales ; une moitié du cercle est tracée sur la racine de la verge, l'autre moitié sur le scrotum (voyez fig. 1, pl. 6). Il y a longtemps que cette singulière disposition des boutons syphilitiques a frappé l'attention des observateurs ; aussi le mot *corona Veneris* est-il bien vieux déjà.

Ulcérations. — Il est beaucoup plus fréquent d'observer l'ulcération comme lésion secondaire des syphilides qu'après les éruptions ordinaires de la peau, car il n'y a guère dans cette dernière catégorie que l'*herpes zoster* et l'*ecthyma* qui offrent cette particularité. Mais il est de véritables syphilides qui n'entament que la peau ou qui l'effleurent seulement, et quelquefois l'ulcération consécutive dépend autant de l'espèce de syphilide que du tempérament de l'individu. Ainsi, pour ce qui est de certaines syphilides pustuleuses, on verra tantôt une ulcération profonde succéder au bouton chez un individu, tandis que chez un autre la peau sera à peine entamée. L'ulcération qui se creuse sous les syphilides est, en général, régulièrement ronde, à bords rougeâtres, coupés à pic, à fond grisâtre et quelquefois sanguinolent. Ces caractères sont surtout marqués au membre inférieur. Quelquefois l'ulcération affecte l'ovale ; il arrive aussi que les bords sont irréguliers, festonnés ; alors un groupe de petites ulcérations s'est confondu en une seule grande dont les bords accusent une portion de la circonférence des ulcérations composantes : c'est là un mode d'accroissement de l'ulcération. Il y a un autre mode qui procède par mortification : ainsi, sur un point de la circonférence, la peau meurt et l'élimination de l'escarre laisse une perte de substance qui agrandit d'autant l'ulcération. Je reviendrai sur ce phénomène en parlant de l'ulcération serpigineuse. Le plus souvent l'ulcération s'agrandit régulièrement dans tous les sens et s'arrête quand elle a atteint un certain diamètre. M. Legendre dit n'avoir jamais vu une cicatrice résultant d'une ulcération *isolée* offrir un diamètre au-dessus de celui d'une pièce de 5 francs. Il existe de bien plus grandes ulcérations, mais exceptionnellement. L'ulcération de la syphilide a une tendance plus prononcée à la réparation que les ulcérations qui succèdent aux autres affections cutanées. Elle reste peu de temps stationnaire, elle tend bientôt à la cicatrisation, tandis qu'on voit des ulcérations non syphilitiques des membres rester stationnaires deux, trois années. Mais, le plus souvent, pendant qu'une ulcération syphilitique se cicatrise sur un point, une autre est en progrès sur une autre région de la peau ; ou bien, s'il n'y a qu'une ulcération, pendant

qu'un segment se répare, un autre segment s'agrandit ; l'ulcération ne perd donc rien dans cette lutte avec les forces réparatrices. Ainsi, en prenant la syphilide ulcérante dans son ensemble, on voit qu'il faut un temps assez long pour que le malade en soit débarrassé.

J'ai traité dans mon service, salle 11, n° 26, un coiffeur qui a offert, en même temps, l'exemple le plus remarquable de l'ulcération serpigineuse sous deux formes dans une étendue vraiment incroyable, et un succès extraordinaire par le pansement avec le *Vigo cum mercurio*. Ce malade avait eu un chancre induré à la verge, plusieurs syphilides superficielles, des ulcérations à la gorge et des engorgements syphilitiques des testicules ; arrivèrent, en dernier lieu, de grosses pustules d'ecthyma qui s'ulcérèrent au point que, le 15 décembre 1851, le membre inférieur droit présentait deux énormes solutions de continuité qui se touchaient presque : l'une était placée au côté externe de la cuisse droite, elle allait de l'articulation du genou vers le trochanter et avait 19 centimètres de longueur sur 10 de largeur ; l'autre commençait immédiatement au-dessous de la rotule, occupait les faces externe, antérieures, et un peu la face interne de la jambe, allait vers le pied et avait 15 centimètres de long sur 16 de large. Au côté externe de l'articulation du genou, ces deux ulcérations étaient à peine distantes de quelques millimètres. Trois ulcérations plus petites étaient disséminées sur les deux membres inférieurs ; sur le mollet gauche et le creux poplité du même côté il y en avait deux dont l'une était de la grandeur d'une pièce de 5 francs, l'autre d'une grandeur double.

Le malade était dans un état très-grave ; il était épuisé par la suppuration. Tous les traitements internes et externes avaient échoué. Je fis alors un pansement avec les bandelettes de Vigo. Elles furent imbriquées comme pour le *pansement par occlusion ;* on les renouvela tous les trois jours, et tous les trois jours le mieux se prononça, au point qu'en moins d'un mois la réparation fut complète. Le malade a repris de l'embonpoint et son état général est très-satisfaisant.

Toutefois, sous l'influence de ce traitement, il y a eu une ulcération mercurielle sur le rebord alvéolaire inférieur et un commencement de salivation.

Ce fait est on ne peut plus instructif. On voit là un malade qui a été soumis à tous les moyens tant externes qu'internes : 1° cérat simple, cérat opiacé, pansement avec le vin aromatique, cautérisations répétées, émollients, iode ; 2° mercure et iodure de potassium combinés, mercure seul, iodure de potassium seul, ferrugineux, huile de foie de morue. Tout échoua. Je fis le pansement déjà indiqué et le succès se manifesta avec une grande rapidité. Est-ce que l'emplâtre n'a eu qu'une

action physique locale? ou bien a-t-il eu une action locale et générale? Je noterai que la bouche a été affectée comme à la suite d'un traitement mercuriel, et l'on sait que le Vigo contient du mercure, qu'il a été appliqué ici sur de très-larges surfaces. De sorte qu'ici un sujet débilité et au terme dernier de la syphilis aurait été guéri par le mercure appliqué à l'extérieur!

Cicatrices. — Les cicatrices qui succèdent aux syphilides présentent en général les caractères suivants : elles sont arrondies, plus ou moins déprimées; récentes, elles ont une couleur comme bronzée, quelquefois leur tissu offre une légère saillie ; sous l'épiderme on voit ramper des vaisseaux superficiels; plus tard elles s'affaissent, il semble qu'un travail d'absorption s'établisse à l'intérieur ; elles perdent leur teinte violacée ; elles deviennent blanches, plus déprimées ; leur surface, d'un blanc mat, est d'ailleurs tendue ou plissée, lisse ou gonflée et quelquefois sillonnée de brides plus dures et plus saillantes. Dans quelques circonstances les cicatrices sont blanches dès les premiers temps, mais d'un blanc bleuâtre ; elles sont alors entourées d'une auréole cuivrée qui va toujours en diminuant et dont la teinte se perd progressivement dans la couleur de la peau environnante. Les cicatrices syphilitiques peuvent offrir des brides comme les brûlures profondes ; elles ont quelquefois dégénéré et ont été surmontées par des espèces de kéloïdes. On a surtout remarqué ce phénomène sur les cicatrices de certains rupias et après la syphilide tuberculeuse serpigineuse. Quand je traiterai de cette syphilide, je rapporterai un exemple très-remarquable de cette dégénérescence des cicatrices.

Ce sont les cicatrices de l'ecthyma profond, du rupia, de la syphilide tuberculeuse en groupes qui offrent les caractères les plus tranchés. Il est des cicatrices larges, vastes, indépendantes de toute affection syphilitique qui ressemblent à celles qui résultent des groupes de pustules et de tubercules syphilitiques. Mais ici il est rare qu'on ne trouve pas quelques portions de derme peu altéré qui portent l'empreinte d'un ou de plusieurs tubercules isolés dont l'ulcération ne s'est pas confondue avec la grande ulcération. Ce sont alors de petits cercles dans le grand cercle. On voit surtout ces petites empreintes arrondies autour des grandes cicatrices résultant de groupes pustuleux ou tuberculeux. Je recommande beaucoup ce caractère.

Chronicité. — La syphilide étant surtout une affection chronique elle provoque peu de modifications dans la sensibilité. Ainsi il n'y a pas de douleur vive et surtout pas de prurit, même dans les formes répétant les éruptions qui, à l'état simple, sont remarquables par des démangeaisons quelquefois intolérables. La chaleur est aussi absente

dans les syphilides. Cependant, ici encore, il ne faudrait pas être absolu et nier les modifications de la sensibilité, de la température dans tous les cas et à toutes les périodes de l'éruption. Sur 17 malades, M. Legendre en a bien trouvé 13 qui n'avaient pas éprouvé le plus léger prurit, mais 3 s'en plaignirent un peu et le dernier eut une démangeaison assez vive. Dans les quelques premiers jours d'une éruption tuberculeuse, il n'est pas rare d'entendre dire aux malades qu'ils ont éprouvé des démangeaisons le soir, quand le lit commence à être chaud, et il est des faits qui prouvent qu'un véritable mouvement fébrile a précédé la syphilide. J'ai actuellement (1854) sous les yeux un malade qui a un eczéma réellement syphilitique et qui est le siége d'un prurit qui tourmente le malade.

La chronicité des syphilides est accusée non-seulement par l'absence des altérations de la sensibilité dans le plus grand nombre des cas, mais par la lenteur du travail pathologique qu'on peut constater dans certaines formes. Ainsi, dans la syphilide pustuleuse, on voit quelquefois une large base indurée qui n'est surmontée que par un tout petit point de suppuration; dans la syphilide vésiculeuse, on voit la vésicule rester intacte, conserver sa transparence pendant quatre, cinq ou six jours, avec une auréole dont le rouge s'éteint bientôt. Mais il faudrait se garder de considérer la chronicité comme un caractère important ici, car il n'est que trop vrai que d'autres dermatoses sont d'une durée désespérante.

Les caractères que je viens d'assigner aux syphilides n'ont pas une égale valeur ; mais, tous peuvent être utilisés dans le diagnostic. Il faut savoir qu'aucun n'a une importance telle que sa présence ou son absence puisse être considérée comme signe univoque. Je sais que pour un œil très-exercé l'aspect seul d'une syphilide est suffisant pour le diagnostic. Mais il sera toujours plus prudent de s'enquérir en même temps du point de départ des antécédents, des symptômes concomitants et même des effets des médicaments. C'est-à-dire qu'il sera toujours plus prudent de faire un diagnostic d'ensemble. Un des caractères qu'il ne faudrait jamais oublier en faisant ce diagnostic, porte sur les autres affections des téguments qui existent avec celle qu'on veut reconnaître.

§ 2. — *Variétés.*

Après avoir exposé les caractères généraux des syphilides, je vais les prendre à part pour étudier leurs caractères particuliers. J'établirai, à l'exemple de M. Cazenave, sept variétés, qui seront les syphilides :

1° Exanthématique (fig. 1, pl. 5).
2° Papuleuse (fig. 2, pl. 5).
3° Squameuse (fig. 3, pl. 5).
4° Vésiculeuse (fig. 1, pl. 6).
5° Bulleuse (fig. 4, pl. 5, et fig. 3, pl. 7).
6° Pustuleuse (fig. 3, pl. 6).
7° Tuberculeuse (fig. 4, pl. 6).

En tête de chaque variété syphilitique je placerai deux mots sur l'éruption correspondante considérée à l'état simple, et cela dans l'intérêt des jeunes médecins qui n'auraient pas présentes à la mémoire les notions sur les maladies de la peau indispensables pour étudier les syphilides.

SYPHILIDE EXANTHÉMATIQUE.

D'après Willan, l'exanthème est caractérisé par des taches rouges diversement figurées et répandues irrégulièrement sur la surface du corps, laissant entre elles des intervalles où la peau présente sa couleur naturelle, et se terminant par l'exfoliation de l'épiderme.

Roséole. — L'éruption syphilitique qui se range naturellement dans cette catégorie est la *roséole* qui ressemble beaucoup par la disposition de ses taches, quelquefois même par sa teinte, à la *roséole vulgaire,* à la rougeole. Mais la syphilide revêt tôt ou tard la teinte cuivrée (voyez pl. 5, fig. 1), et, vers la fin, une nuance grise. La couleur disparaît lentement sous la pression du doigt, et, en général, ce n'est qu'incomplétement, excepté au début, quand les macules sont d'un rouge vif. On observe la roséole principalement sur la partie antérieure de l'abdomen, à la base de la poitrine, aux flancs, au cou, au visage, aux membres, et de préférence aux membres supérieurs. Les taches n'ont pas une forme déterminée; elles sont irrégulières, quelquefois arrondies; elles paraissent, au premier coup d'œil, légèrement saillantes, mais, en promenant le doigt sur elles, on corrige cette erreur d'optique. Ces taches se multiplient peu à peu ; quelquefois c'est avec une certaine rapidité, puisqu'on a constaté une éruption générale qui a pu s'établir en vingt-quatre heures. C'est alors que la roséole est prise, comme le dit J. L. Petit, pour ce qu'on nomme communément une ébullition de sang[1]. La couleur de la roséole peut varier pendant son cours selon des influences connues ou inconnues. Ainsi les taches sont plus vives sous l'impression du froid à la sortie du bain, et une émo-

[1] J. L. Petit, *Maladies des os*, t. II, p 359.

tion morale en fait reparaître qui étaient restées inaperçues quelque temps. Ce phénomène se produit surtout pendant les roséoles chroniques. Quelquefois, au lieu d'un rouge cuivré, c'est un *rouge jaune*, ce qui constitue la *peau truitée* (J. L. Petit, *loc. cit.* Hennen). Enfin vient un moment où l'épiderme s'exfolie très-légèrement, la teinte devient grisâtre, puis les points de la peau qui ont été colorés semblent seulement salis.

Le plus souvent la roséole n'est précédée d'aucun mouvement fébrile ; le malade est quelquefois tout étonné de se trouver le corps rouge ; ce qui distingue cette éruption syphilitique de l'exanthème simple qui lui correspond, de la rougeole. Mais il est des cas, rares à la vérité, où l'on observe l'appareil fébrile des maladies aiguës de la peau. Ce qui est beaucoup plus fréquent, c'est de constater un malaise pendant deux ou trois jours, de la courbature, de la céphalalgie, et principalement des douleurs vagues dans les membres, sans que le pouls soit ému d'une manière notable.

La roséole se présente quelquefois avec un caractère presque aigu, et c'est alors qu'on observe des symptômes fébriles avant son apparition et même quand elle est poussée ; alors aussi le malade éprouve un léger prurit, ce qui est exceptionnel, car, avec la roséole, il n'y a ni chaleur ni démangeaison. Ces caractères appartiennent surtout à la syphilide exanthématique dont le début se rapproche le plus du chancre qui a été son point de départ ou à celle qui se manifeste même pendant l'existence de l'accident primitif. La durée de cette forme de roséole va de trois à quatre septénaires. Ceux qui ont parlé de deux ou trois jours de durée ne savent problablement pas que certaines roséoles pâlissent au point de laisser croire qu'elles ont disparu, mais qu'elles reviennent bientôt. La roséole qui est chronique ou plus chronique n'est en rapport ni avant ni pendant l'éruption avec aucun symptôme fébrile. Elle pousse après une émotion vive, un excès quelconque. Sa durée est de plusieurs mois ; elle se prolonge quelquefois davantage.

J'ai été fort étonné quand j'ai lu ceci dans le livre de M. Cazenave : « La roséole est une des éruptions syphilitiques que l'on observe le moins fréquemment. » C'est, au contraire, celle que j'ai le plus souvent observée. Cette différence entre ces deux opinions vient probablement de la différence du champ d'observation. En effet, M. Cazenave dirige un service à l'hôpital Saint-Louis où les malades arrivent longtemps après l'infection syphilitique, et souvent alors la roséole a déjà disparu ; souvent ces malades l'ont ignorée et n'en tiennent pas compte dans l'exposé de leurs antécédents. A l'hôpital du Midi, nous recevons plus tôt les vénériens ; ils viennent ordinairement pour être

traités des premiers symptômes. Alors s'ils séjournent quelque temps, nous voyons naître parfois les syphilides. Or la roséole pousse la première après le symptôme primitif, au moins dans la majorité des cas. J. L. Petit avait déjà dit qu'elle arrivait « d'ordinaire immédiatement après le chancre ou le poulain rentré [1]. Il est des cas où elle est encore plus précoce; elle naît pendant l'existence du chancre et très-peu de temps après l'apparition de celui-ci. Il est donc possible que relativement nous observions plus de roséoles à l'hôpital du Midi qu'à l'hôpital Saint-Louis.

Le docteur Cazenave classe parmi les syphilides exanthématiques un *érythème papuleux* qui a, selon moi et selon d'autres syphiliographes, tous les caractères de cette éruption qu'on observe après l'administration du copahu, et qui disparaît si vite quand on cesse l'usage de cet antiblennorrhagique. Il y a certainement encore ici un malentendu.

Souvent la roséole est mêlée à une autre syphilide; on la voit précéder fréquemment la syphilide papuleuse qui semble le second degré de l'affection consécutive de la peau. Il y a même une éruption qui fait passage entre la roséole et la syphilide que je vais décrire; c'est la *roséole papuleuse*. Il y a alors une véritable élevure sur le point taché; le doigt la constate bien, la peau paraît rugueuse. C'est ici surtout que la pression ne fait pas complétement disparaître la couleur. Ce qui est fréquent, c'est l'affection concomitante de certaines muqueuses, de celle de la gorge, de l'anus, du vagin, du prépuce, du gland et des pustules au cuir chevelu vers l'occiput.

SYPHILIDE PAPULEUSE.

A la fin de la première section, j'ai déjà parlé des papules qui se développent sur les muqueuses et sur les points de la peau se rapprochant le plus des muqueuses. Ces papules sont ordinairement plus ou moins larges, confluentes et humides; on les a aussi appelées pustules muqueuses. Celles dont il va être question, plus petites, plus dures, pleines, sèches, ne sont le siége d'aucune sécrétion purulente; elles se terminent par desquamation ou par résolution simple. La figure 2 de la planche 5 donne une idée exacte de la syphilide papuleuse. On voit là des élevures, des tumeurs, les unes plus grosses que la tête d'une épingle, les autres comme une lentille; le sommet de celles-ci est formé par une petite croûte; toutes sont entourées d'un cercle cuivreux; elles sont irrégulièrement disséminées, quelques-unes

[1] *Maladies des os*, t. II, p. 359.

sont groupées, les autres sont isolées. Ces papules étaient surtout nombreuses sur la face antérieure de la base de la poitrine et de l'abdomen. Le sujet avait cinquante-quatre ans; il était couché au n° 4 de la salle 12 de mon service. L'antécédent était un chancre induré du prépuce, survenu le 20 janvier 1852, et la syphilide a apparu le 19 mars suivant.

Les papules peuvent se développer sur tous les points de la peau, mais de préférence sur celle des membres dans le sens de l'extension, sur le dos, au ventre, aux épaules, à la nuque où elles sont plus larges. J'ai vu une syphilide papuleuse couvrir toute la peau, même celle de la paume de la main. Je possède le dessin d'une extrémité supérieure de ce sujet. Il est remarquable par la confluence et la couleur foncée des papules. Après une durée variable, la syphilide papuleuse se termine, dans la majorité des cas, par résolution ; les papules ne laissent après elles qu'une petite tache fauve d'abord, qui, se rapprochant de plus en plus de la couleur de la peau, finit par disparaître entièrement. Quelquefois les papules, surtout quand elles sont larges, sont surmontées, comme accidentellement, d'une petite squame très-légère, très-peu adhérente. M. Cazenave a vu plusieurs fois non-seulement des taches, mais de véritables petites cicatrices succéder aux papules dans quelques points, sans que celles-ci d'ailleurs se fussent ulcérées, car l'ulcération des papules syphilitiques est chose au moins très-rare.

Lichen syphilitique. — Il se manifeste par des papules très-petites, souvent en nombre infini ; elles sont quelquefois très-confluentes, et alors elles présentent souvent une espèce de brillant qui, joint à la couleur cuivrée, constitue une teinte tout à fait remarquable. Selon Carmichaël, cette éruption accompagnerait souvent une blennorrhagie ; aussi apparaît-elle presque toujours comme certains exanthèmes aigus, c'est-à-dire presque simultanément et après avoir été précédée de céphalalgie, de lassitudes, de courbatures, d'anorexie, quelquefois même d'un peu de fièvre.

Le lichen syphilitique a ordinairement une durée assez courte, c'est-à-dire qu'il peut disparaître en deux septénaires et par résolution. La papule s'affaisse et se flétrit; il y a quelquefois une petite desquamation insensible ; il ne reste que des taches peu persistantes. Ce sont là, je le répète, les caractères ordinaires, c'est la marche habituelle du lichen syphilitique : cependant avec la même forme il peut passer à l'état chronique.

Syphilide à larges papules. — Ces papules sont précédées de petites taches jaunâtres et assez régulièrement arrondies ; elles ne sont jamais groupées; isolées, discrètes, elles sont disséminées ordinairement sur de très-grandes surfaces qu'elles n'envahissent que successivement ;

aussi voit-on là des papules fermes, bien saillantes, d'une couleur franchement cuivrée; sur un autre point de petites élévations déjà flétries, moins saillantes, plus molles, dont la teinte est moins rouge : d'un côté, ce sont des taches jaunâtres avec une teinte comme rosée et qui vont se convertir en papules; de l'autre ce sont des empreintes grises, plus déprimées que les dernières, des taches laissées par les papules guéries. Le tout est séparé par des intervalles dans lesquels la peau présente une coloration particulière, comme terreuse, ce qui imprime à l'ensemble de la maladie ce cachet particulier tout à fait caractéristique.

La syphilide à larges papules se rencontre surtout aux membres, aux épaules, à la nuque, très-souvent au front, quelquefois même jusque dans le cuir chevelu. On a observé quelquefois du prurit, mais il est toujours très-modéré. C'est encore cette variété dont les papules se recouvrent quelquefois de pellicules qui d'ailleurs n'existent jamais en même temps sur toute l'éruption. Souvent les boutons restent intacts. Cette variété suit constamment une marche chronique; elle peut rester stationnaire pendant plusieurs mois, jusqu'à ce que les papules disparaissent par une résolution lente et insensible. Les larges papules compliquent souvent d'autres éruptions vénériennes, et elles peuvent elles-mêmes être compliquées d'autres accidents consécutifs : ainsi ulcérations de la gorge, exostoses, et ce qui est plus fréquent, iritis.

SYPHILIDE SQUAMMEUSE.

Les affections squammeuses de la peau sont caractérisées par la formation de lamelles *squammeuses* d'un blanc grisâtre, sèches, plus ou moins épaisses, plus ou moins adhérentes. Quand l'affection est syphilitique, les squames se forment sur une surface plus ou moins élevée et d'un rouge sombre, cuivré.

La desmatose peut être élémentairement squammeuse. Beaucoup plus souvent les squames se remarquent après d'autres syphilides, ainsi la syphilide érythémateuse, la syphilide vésiculeuse. Celle qui est primitivement squammeuse se montre sous forme de psoriasis en plaques ou en cercles.

Psoriasis en plaques. — Les plaques s'observent sur une seule région, ou bien elles sont répandues sur différents points de la surface de la peau (voyez pl. V, fig.3); elles sont espacées, ou rapprochées et se touchent même quelquefois par leur bord. Les plaques ont depuis la largeur d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de 1 franc et au delà; elles sont plus ou moins irrégulièrement arrondies et saillantes au-

dessus du niveau des parties voisines. Les squames qui les recouvrent sont brillantes; quand elles se détachent, la surface restante est ordinairement lisse et d'une couleur foncée. Biett avait fait remarquer que, quand cette forme se rapproche de celle du *psoriasis guttata*, à la chute des squames, on voit autour de la plaque un liséré blanc adhérent. Ce caractère est fréquent, mais il n'est pas assez constant pour constituer un signe pathognomonique.

Psoriasis en cercles. — Lèpre syphilitique. — Il est probable qu'il s'agit ici surtout de l'affection si souvent décrite sous le nom de *lepra nigricans*, et que M. Ricord voudrait appeler *syphilide annulaire*. Les plaques exactement arrondies, ont de 2 lignes à 1/2 pouce et plus de diamètre, sont en général d'un brun foncé, ou violacées, ou même noirâtres à leur centre. Leurs bords forment un anneau plus ou moins complet; ces bords sont élevés au-dessus du niveau des parties voisines. Cet anneau s'agrandit quelquefois par la guérison des points qui correspondent au centre et le développement des points excentriques. Ici la couleur est moins foncée qu'au centre des plaques; mais si la maladie persiste sans que les cercles grandissent, la peau reprend sa couleur normale au centre, et les cercles seuls restent plus ou moins longtemps colorés. Dans le plus grand nombre des cas, les anneaux sont formés par un gonflement des tissus; mais il arrive aussi que ce ne sont que des squames; alors, en se détachant, elles ne laissent sous elles qu'un cercle sans saillie, un simple liséré rougeâtre. D'autres fois les anneaux sont formés par des papules plus ou moins développées rapprochées et ayant chacune à leur sommet une squame distincte, ou même, dans quelques cas, une croûte plus ou moins épaisse; l'anneau est alors comme gaufré. Les anneaux se touchent et se rencontrent dans différents sens, et dessinent alors des figures comme des huit de chiffres. Quand les anneaux sont incomplets, ce sont des trois, des S. Cette forme de syphilide est fréquente.

Quand le psoriasis et la lèpre syphilitique atteignent la paume des mains et la plante des pieds, ce qui est assez fréquent, on observe plus d'épaisseur dans les squames; elles sont aussi plus dures, comme cornées (*syphilide cornée de Biett*), ce qui s'explique par la nature de l'épiderme de ces régions. L'aspect est quelquefois plâtreux. Les plaques succèdent quelquefois à un érythème ou à des papules peu élevées. La paume de la main est roide, raboteuse et souvent douloureuse. Le derme ayant perdu son élasticité s'oppose aux mouvements libres des doigts. On voit souvent des fissures dans les sillons de la paume de la main; elles semblent prêtes à saigner.

Le psoriasis syphilitique peut être confondu avec le vulgaire, mais

on le distingue si l'on tient bien compte de la couleur du fond sur lequel reposent les taches ; il est d'un rouge cuivré. Les plaques ont des bords plus élevés que le centre et quand elles disparaissent, restent de légères cicatrices. Enfin on aura le plus grand égard aux symptômes syphilitiques concomitants.

SYPHILIDE VÉSICULEUSE.

On appelle *vésicules* en pathologie cutanée des soulèvements de l'épiderme par une humeur séreuse ou séro-purulente. Quand l'humeur est assez abondante pour donner lieu à une petite tumeur, on appelle celle-ci une bulle. Ainsi on dit une vésicule d'eczéma et une bulle de pemphigus.

La syphilide vésiculeuse était, naguère encore, considérée comme extrêmement rare parce qu'on ne l'observait pas assez, ou, pour mieux dire, parce qu'on ne savait pas l'observer. Elle répète toutes les variétés des affections simples de la peau qui sont caractérisées par des vésicules. Ainsi il y a un *eczéma,* un *herpès syphilitiques,* il y a une *syphilide varicelloïde.*

On a observé la syphilide vésiculeuse à peu près sur tous les points de la peau, mais plus spécialement au cou, à la poitrine, aux membres, surtout aux membres supérieurs; elle est rare au visage là où certaines éruptions vénériennes sont si fréquentes. Cette syphilide apparaît quelquefois peu de temps après la disparition de l'accident primitif ; il arrive même qu'elle commence quand celui-ci n'a pas encore complétement disparu. Mais elle est quelquefois tardive et n'apparaît qu'après d'autres syphilides, avec le sarcocèle syphilitique et la lésion des tissus fibreux. La syphilide vésiculeuse suit souvent une marche presque aiguë ; sa durée est souvent moindre que celle des autres syphilides. Pour bien apprécier cette durée, il ne faut pas voir la fin de la syphilide dans la rupture de la vésicule, car vient ensuite la période des squames qui succède à la première période, puis existe quelquefois une base papuleuse qui persiste longtemps. On sait avec quelle rapidité les vésicules d'herpès se vident. Il y a souvent avec la syphilide vésiculeuse d'autres syphilides et de l'angine ; il y a aussi, pendant la durée de la syphilide vésiculeuse, des douleurs dans les membres.

Eczéma syphilitique. — Ce sont de petites vésicules transparentes comme celles de l'eczéma simple, mais un peu plus saillantes; elles forment des groupes irréguliers, disséminés çà et là et sont alors entourées d'un cercle cuivré. D'autres fois l'éruption consiste en des

plaques d'un rouge caractéristique, peu vif, couvertes de vésicules assez grosses, saillantes, plus dures qu'à l'ordinaire, restant longtemps intactes et stationnaires; ordinairement le liquide des vésicules conserve sa transparence ou se trouble à peine ; elles se flétrissent, l'auréole ou la plaque cuivrée devient de plus en plus terne et grisâtre, le liquide se résorbe, l'épiderme s'affaisse; et il ne reste plus qu'une exfoliation légère qui contraste ordinairement, par la blancheur de son liséré, avec la teinte particulière du point de la peau occupé d'abord par la vésicule. Voilà l'eczéma syphitique le plus fréquent.

M. Cazenave a décrit un *eczéma impétigineux*. Ce sont des groupes de vésicules couvrant des plaques d'un rouge assez animé et d'une étendue variable. Ces vésicules, d'abord transparentes, se troublent, l'humeur est séro-purulente ; elles sont remplacées par des croûtes. Il y a des éruptions successives qui suivent une marche tout à fait analogue ; quelquefois les vésicules reposent sur des plaques manifestement cuivrées; les croûtes, plus épaisses à beaucoup près que celles de l'eczéma impétigineux simple, ont les caractères des autres croûtes syphilitiques; elles sont noires, coniques, sillonnées, épaisses, adhérentes.

M. Cazenave a vu, une fois, les croûtes couvrant des ulcérations coupées à pic, assez profondes et qui ont laissé toutes autant de cicatrices déprimées. « Cette maladie, dit le médecin de Saint-Louis, qui a duré plusieurs mois et avec des caractères toujours des plus évidents, présentait presque toujours à la fois chacune des lésions que je viens de mentionner ; elle a laissé après elle une foule de cicatrices inégales déprimées qui labouraient toute la partie antérieure de l'abdomen [1].

M. Rayer a observé un cas remarquable d'eczéma syphilitique; voici une analyse de son observation : « La syphilide était sur les avant-bras. C'étaient de petits groupes irréguliers de la dimension d'une pièce de 50 centimes, formés par de petites élevures rougeâtres, non prurigineuses, du volume d'une tête d'épingle; elles contenaient une matière louche ou opaque. Les vésicules étaient plus saillantes et plus globuleuses, plus volumineuses que celles de l'eczéma *simplex*. Elles étaient moins grosses, moins transparentes, et disposées en groupes moins réguliers que ceux de l'herpès. Leur teinte rougeâtre un peu livide les faisait distinguer des pustules de l'impétigo. Sur d'autres points du tégument l'éruption formait de petits anneaux analogues par leur forme et leur dimension à ceux de la rougeole. Sur quelques-uns de ces groupes plusieurs vésicules affaissées étaient remplacées par une

[1] *Traité des syphilides*, p. 253 et suivantes.

légère exfoliation de l'épiderme offrant distinctement sur plusieurs points un petit liséré qui rappelait la dimension des vésicules. Partout où l'exfoliation s'était récemment opérée, la peau présentait des taches ayant tout à fait la teinte des macules syphilitiques ordinaires. Enfin cette éruption différait des pustules psydraciées syphilitiques en ce que les élevures de cette dernière éruption, plus volumineuses et plus acuminées, sont ordinairement suivies de croûtes et quelquefois de cicatrices [1]. »

Le diagnostic de l'eczéma est quelquefois difficile à établir. Les difficultés existent surtout quand on arrive un peu tard et qu'on ne trouve plus de vésicules, quand il n'y a pas avec cet eczéma une autre syphilide ou une autre manifestation de la vérole. Ajoutez encore la rareté de l'eczéma syphilitique et vous expliquerez les erreurs qu'on peut commettre. Si on observe après la disparition des vésicules, on peut croire à une variété de psoriasis. Mais en interrogeant le malade on apprendra que la syphilide a été le siége d'une sécrétion se rapprochant plus ou moins du pus, puis là où sont les macules on trouve des dépressions peu marquées qui sont de petites cicatrices. S'il existe une autre syphilide ou une manifestation quelconque de la vérole le diagnostic est établi.

Herpès syphilitique. — Ce sont des vésicules souvent rangées en cercles comme celles qui forment l'herpès circiné. La largeur des cercles va depuis celle d'une pièce de 50 centimes à une pièce de 2 francs. L'herpès syphilitique, outre les antécédents et d'autres lésions concomitantes de même nature, se distingue par la teinte cuivrée des points de la peau occupés par les cercles, teinte qui passe plus tard au grisâtre. Les cercles sont très-peu nombreux, très-éloignés, puisque l'éruption peut occuper en même temps une, deux régions même et n'être représentée que par un cercle. Comme je l'ai déjà dit, j'ai observé un anneau d'herpès dont la moitié occupait la racine de la verge, l'autre moitié le scrotum. Il n'est pas rare d'observer, en même temps, d'autres syphilides. M. Cazenave a fait connaître un herpès syphilitique qui correspond à une variété de l'herpès simple. Les disques sont le plus souvent très-petits et très-nombreux. On les voit principalement sur les membres et aussi sur la poitrine. A leur naissance ils seraient recouverts par un pois, tandis que plus tard le cercle peut s'agrandir au point d'égaler celui de la variété précédente. Les vésicules sont aussi très-petites, se dessèchent très-rapidement, ce qui fait que quelquefois on ne les voit pas. On prendrait ces plaques pour des disques squam-

[1] Rayer, *Maladies de la peau*, t. II, p. 384.

meux, si avec la loupe ou un œil exercé on n'apercevait une foule de points entourés de débris épidermiques et disposés en cercles. A ces caractères on joindra l'inflammation de l'aire qui semble soulevée par un liquide promptement résorbé, puis une squame quelquefois assez large pour remplir le cercle. Selon M. Cazenave, c'est là la syphilide vésiculeuse la plus commune. Si elle n'a pas été décrite, c'est qu'on l'a confondue tantôt avec l'eczéma, tantôt avec le pityriasis. Comme ici les disques sont très-nombreux et répandus sur de larges surfaces, la teinte syphilitique est très-évidente.

En 1853, salle 9 de mon service à l'hôpital du Midi, j'ai observé un beau cas de syphilide à petites vésicules qui relie pour ainsi dire l'eczéma et l'herpès syphilitique. On en trouvera un échantillon (planche 6, fig. 5.) le malade avait eu, un an avant, un chancre induré. Sur divers points de la peau avaient déjà existé des pustules. Il était guéri d'un iritis. Après tous ces accidents, il lui survint une syphilide vésiculeuse qui couvrait toute la face postérieure du tronc depuis l'occiput jusqu'à la région fessière, s'étendant aussi sur la partie supérieure et antérieure du thorax, sur les bras et les jambes. L'extrémité inférieure des tibias a le double du volume normal. Au dos l'éruption est confluente; ce sont des groupes, d'étendue variable, mais ne dépassant jamais deux ou trois centimètres de longueur, de forme irrégulière et ne se rapprochant pas du tout de la disposition en cercle. Ces groupes sont parfois isolés et parfaitement distincts; d'autres fois, ils se tiennent par des espèces de jetées vésiculeuses; ils offrent des angles saillants, et des angles rentrants. Les vésicules ressemblent à celles de l'eczéma; elles sont un peu plus grandes dans certains points. Quelques-unes sont complétement intactes. On reconnaît leur forme conique à la sérosité transparente qui les remplit. Il en est d'autres, plus volumineuses et remplies d'un liquide purulent, ce sont les plus rares. Là où les vésicules sont rompues, on voit un piqueté brunâtre formé par de petites squames, reposant sur le sommet affaissé des vésicules. La peau, dans les points où elle est couverte par l'éruption, offre une couleur cuivrée assez vague qui déborde quelquefois un peu la plaque vésiculeuse. La couleur est normale dans les espaces qui séparent les groupes, et même dans certains groupes, il existe des espaces de couleur normale, saine. Aux jambes l'éruption présente des caractères inflammatoires marqués. Ici ce ne sont plus de simples vésicules, mais plutôt des pustules occupant toute la partie inférieure de la face interne de la jambe; ces petites pustules dont plusieurs se réunissent en groupes, et sont recouvertes par la même croûte offrent un cercle rouge brun, violacé dans certains points. Elles renfer-

ment un liquide purulent. L'échantillon de la planche 6 représente l'éruption telle qu'elle était au dos. On voit une pustule au milieu des vésicules.

Cette observation est remarquable sous beaucoup de rapports, elle montre une syphilide superficielle arrivant après une syphilide plus profonde; c'est-à-dire la petite vésicule après la pustule, après l'iritis et avec la périostose, ce qui est contraire à ce qu'on appelle une loi en syphiliographie.

Syphilide à forme de varicèle. — Cette syphilide est rare. Ici les vésicules sont disséminées sur diverses parties du corps. Elles ont tantôt la forme globuleuse, tantôt elles sont acuminées; il en est qui sont ombiliquées. Le contenu est une sérosité qui se trouble bientôt et qui prend même les caractères du pus. L'éruption alors se rapproche plus de celle de la varioloïde que de la varicèle. Autour de chaque bouton est un cercle cuivreux; quelquefois c'est un liséré très-étroit; il peut même n'y avoir aucune coloration anormale autour. Les vésicules s'élèvent, se vident rapidement, se dessèchent et reparaissent ailleurs. Plus je réfléchis, plus je suis convaincu que c'était cette forme de syphilide qui existait sur le malade chez lequel j'ai inoculé pour la première fois l'accident secondaire. Je vais bientôt faire connaître l'observation; je l'ai intitulée *ecthyma syphilitique* dans le travail que j'ai lu à la Société de chirurgie. Mais on remarquera que dans l'exposé des caractères de l'éruption, je fais remarquer que les boutons ressemblaient à ceux de la varicèle. D'ailleurs on sait que la varicèle a été rangée parmi les pustules par quelques médecins. Il y avait dans mes salles un malade qui fut envahi par une variole (car il n'est pas rare de voir la petite vérole là où règne surtout la grosse). Bientôt d'autres malades eurent des éruptions analogues. Deux sujets ayant eu des chancres furent pris de certains symptômes généraux analogues à ceux qu'on observe ordinairement dans les fièvres éruptives. Puis poussèrent des boutons ressemblant beaucoup à la varicèle. Ils étaient plus petits et entourés par un liséré rouge brun. Un de ces malades voulut sortir de l'hôpital dans la première période de l'éruption et je le perdis de vue. Je pus observer l'autre; ses vésicules persistèrent longtemps, beaucoup plus longtemps que ceux de la varicèle ordinaire, et plus tard survint un ecthyma à grandes pustules, surtout aux jambes.

La syphilide à forme de varicèle peut être inoculée, ce qui est prouvé par l'observation que voici :

Le nommé.........., âgé de vingt-six ans, d'un tempérament lymphatique, eut, il y a sept ans, un chancre qui, en se cicatrisant, laissa un peu d'induration.

Deux mois après la disparition du chancre, il lui vint des végétations au gland; elles furent coupées et cautérisées. Aucun autre accident consécutif ne se manifesta; le malade ne fit point de traitement général. Il y a cinq ans, il contracta une blennorrhagie qui se compliqua d'orchite et ne fut complétement guérie qu'au bout de cinq mois.

Il y a environ cinq mois, nouveau chancre qui se cicatrisa rapidement sans laisser d'induration. Quatre ou cinq jours après la guérison du chancre, des bubons se montrèrent aux aines. Le malade entre alors à l'hôpital de Toulon; on lui administre un traitement mercuriel, mais il quitte l'hôpital au bout de douze jours et cesse le traitement. L'engorgement des aines persistait et était indolent. Vingt jours environ après sa sortie de l'hôpital, il remarqua quelques ganglions du cou qui étaient engorgés; six semaines plus tard des pustules très-grosses, pleines de pus, se montrèrent sur les deux bras et sur les deux cuisses. Le malade entra alors à l'hôpital du Midi : c'était le 22 octobre 1850. Il fut mis immédiatement au traitement mercuriel. Il prenait des pilules de sublimé depuis six jours lorsqu'on tenta l'inoculation du pus des pustules ; elles étaient toutes comme *de grosses pustules de varicèle.* Le pus fut pris au poignet gauche à deux pustules différentes et intactes ; deux piqûres furent faites à la partie interne des cuisses, une de chaque côté. Deux pustules en tout semblables à celles qui avaient fourni le pus, se développèrent rapidement, et quatre jours après cette inoculation on prit du pus des pustules qu'elles avaient produites, et on l'inocula à la partie interne et supérieure de chaque cuisse. Deux pustules pareilles aux autres suivirent cette seconde inoculation; toutes ces pustules se comportèrent absolument comme celles qui étaient survenues spontanément. Le malade a pris 118 pilules. Depuis huit jours on lui administre 1 gramme d'iodure de potassium; il ne reste plus qu'une pustule sur l'annulaire de la main gauche ; on trouve encore un peu d'engorgement à l'aine gauche. Il demande à sortir cinquante-six jours après son entrée.

J'ajouterai que je n'ai jamais vu de pustules se développer aussi rapidement que celles de la première inoculation. On remarquera ici que le chancre de la verge, avec induration, datait de sept ans, et que les autres symptômes qui s'étaient manifestés du côté du même organe avaient depuis très-longtemps disparu. Il n'existait enfin aucun accident primitif quand l'expérience fut entreprise. Ce fait ne me laissa plus aucun doute dans l'esprit sur la possibilité de l'inoculation de certains accidents secondaires, et j'entrepris peu de temps après l'expérience dont tous les détails se trouveront au paragraphe de la syphilide

pustuleuse. On y verra un accident secondaire inoculé du malade au malade et de celui-ci à l'homme sain.

SYPHILIDE BULLEUSE.

Ici le soulèvement de l'épiderme est plus considérable que dans la syphilide vésiculeuse. Les ampoules sont peu élevées, mais larges. Ce sont des bulles dont le volume varie entre celui d'un pois et celui d'un œuf d'oie. Aux bulles succèdent des squames (*pemphigus*) ou des croûtes épaisses (*rupia*). Je vais décrire ces deux syphilides.

Pemphigus syphilitique. — Il n'est pas décrit par tous les syphiliographes. Il doit être très-rare chez l'adulte, car je ne me rappelle que deux malades de l'hôpital du Midi ayant présenté des bulles qui pouvaient avoir quelques rapports avec la syphilis, et les deux avaient eu des chancres et de la roséole. Quand j'écrivais ma première édition, il y avait dans les chambres payantes de l'hôpital du Midi un malade qui a offert trois bulles de pemphigus. Voici une note sur ce malade.

Le nommé T... (Claude), âgé de vingt-quatre ans, profession de tonnelier, tempérament sanguin, constitution bonne, entré le 19 septembre 1851, chambre n° 5. — Août 1850.—Deux chancres qui ont duré douze à quinze jours, ont été cautérisés avec le nitrate d'argent le quatrième jour. Pas d'autre traitement.—Au mois d'août 1851. — Bubon inguinal gauche, ouvert par un pharmacien à l'aide de la potasse. Il y avait simultanément une excoriation à la marge de l'anus, excoriation que le malade rapporte à une constipation habituelle. En même temps que le bubon, croûtes d'impétigo au cuir chevelu, aux oreilles et dans la moustache. Douleurs rhumatoïdes surtout aux membres inférieurs. Rien du côté de la gorge. Au moment de son entrée, croûtes d'impétigo à la tête et aux sourcils ; escarre à la région inguinale gauche, provenant de la potasse ; excoriations dans un des plis rayonnés de l'anus. Le malade doit être sujet à la constipation et à un flux hémorrhoïdal qui a été suivi maintes fois d'ulcérations semblables à celles qu'il porte actuellement. Douleurs rhumatoïdes que la chaleur du lit ne paraît pas augmenter.

Sur la partie gauche du thorax, au niveau de la neuvième côte environ, cicatrice récente, ovalaire, de couleur rouge cuivré (voyez pl. 5, fig. 4, la dernière tache).

Le lundi 22 septembre, à la main gauche, sur la face dorsale du cinquième métacarpien, léger soulèvement de l'épiderme par une sérosité opaline. Pas de douleurs.

Le mercredi 24, une bulle de pemphigus se manifeste; elle a la largeur d'une pièce de 25 centimes ; elle est remplie d'un liquide séro-purulent, entourée d'une auréole rouge (voyez fig. 4, au milieu, pl. 5, la première tache à gauche).

Le jeudi 25, la bulle s'est ouverte ; à la place on trouve une plaque d'un rouge éteint cuivré, sèche, un peu élevée ; dans le milieu se voit un petit point blanchâtre (même planche, même figure).

Vendredi 26. Dans la nuit, la bulle qui s'était reformée s'est ouverte de nouveau; la plaque rouge qui la remplace est nettement circonscrite, dure, non douloureuse ; sa teinte cuivrée s'est prononcée davantage. Le malade veut absolument quitter l'hôpital. Nous ne l'avons plus revu.

Je noterai qu'il s'agissait ici d'un sujet jeune, robuste, sanguin, nullement épuisé.

Depuis ma première édition, j'ai observé deux nouveaux pemphigus chez l'adulte ; ils étaient tous manifestement syphilitiques. Un des malades était charretier; il marchait donc beaucoup. Ses deux pieds étaient envahis par des bulles. Il en avait de régulières qui étaient rondes et grosses comme un pois ; d'autres étaient plus grosses et irrégulières; c'étaient des soulèvements de l'épiderme, comme par l'application d'un petit vésicatoire. L'épiderme se détacha par petits lambeaux, et au-dessous resta une rougeur foncée sans cicatrice aucune. Ce pemphigus avait été précédé par une autre syphilide.

Le pemphigus syphilitique a surtout été observé chez les nouveaux nés depuis les recherches de M. le professeur P. Dubois. Krauss avait étudié cette maladie dans le même âge, mais il ne la considérait pas comme syphilitique. Pour M. Dubois, elle peut revêtir ce caractère, et M. Cazenave, qui a vu plusieurs enfants à la clinique de ce professeur, partage son opinion. M. Depaul a de plus constaté par l'autopsie des noyaux d'engorgement des poumons. Dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, cet habile accoucheur considéra cette lésion pulmonaire comme ayant des rapports avec le pemphigus, c'est-à-dire que ces engorgements seraient syphilitiques comme l'affection de la peau. M. P. Dubois soutint les idées de M. Depaul. M. Cazeaux combattit et M. Depaul et M. Dubois. Selon M. Cazeaux, rien ne prouvait la nature syphilitique du pemphigus et des engorgements pulmonaires, double lésion qu'on avait trouvée chez les nouveaux nés. Quant au pemphigus syphilitique, il est peu connu, on ne l'aurait pas positivement observé chez l'adulte ; chez les nouveaux nés, il peut très-bien se lier à un état de débilité. Pour ce qui est des noyaux d'engorgement trouvés dans le parenchyme pulmonaire, on peut les constater aussi chez des fœtus

qui ne pouvaient pas même être soupçonnés d'être syphilitiques. Ainsi, pour M. Cazeaux, les antécédents syphilitiques des parents ne seraient pas une preuve sans réplique de la nature syphilitique du pemphigus et des lésions pulmonaires de l'enfant; il faudrait, encore un coup, que le pemphigus syphilitique eût été observé aux autres âges et que les lésions pulmonaires eussent des caractères spéciaux, des caractères différents des mêmes lésions qui peuvent se développer sous d'autres influences, sous l'influence du froid, par exemple. M. Dubois réplique que les enfants nés avec le pemphigus ou qui en sont affectés peu de jours après leur naissance, ont l'aspect de petits vieillards, comme dans tous les cas de syphilis congénitale; ils sont presque constamment voués à la mort, et dans le plus grand nombre des cas, on a découvert dans les antécédents du père ou de la mère des preuves de l'infection syphilitique. Pour ce qui est du pemphigus, dit M. Dubois, il est rare, c'est vrai, mais il a été observé. On en voit un beau cas dans l'iconographie de M. Ricord, et je viens d'en faire connaître d'autres.

Plus tard, M. le professeur Dubois est venu lire à l'Académie de médecine une observation d'une femme en pleine vérole qui a donné le jour à un enfant affecté de pemphigus; il est mort et l'autopsie a révélé dans les poumons des engorgements, des plaques infiltrés de sang. Je répète que le pemphigus syphilitique a été très-bien observé chez l adulte. Cependant on peut dire que la question scientifique n'est pas complétement résolue. Mais la pratique pose à chaque instant une question à laquelle il faut bien qu'une solution soit donnée. Quand déjà les mêmes parents ont donné le jour à des enfants qui meurent avec un pemphigus, faut-il soumettre ces parents à un traitement antisyphilitique ? Si un des époux porte des lésions de nature syphilitique la réponse ne peut être douteuse: il sera soumis à un traitement. Mais doit-on tenir la même conduite dans les cas où ni le père ni la mère ne portent aucune empreinte de la vérole ? Si réellement les lésions du nouveau né avaient les caractères syphilitiques, l'enfant accuserait assez ses parents pour qu'on dût agir sur eux. Ainsi, on le voit, la question scientifique est posée de nouveau. Or, comme elle est encore insoluble il est de toute nécessité, pour la pratique, d'en faire une question de bon sens. On se demandera alors si le traitement qu'on aurait à faire suivre aux parents pour les empêcher de mettre au jour des enfants ainsi voués à la mort, si ce traitement a des dangers, si même il peut avoir des inconvénients un peu graves. Eh bien ! il est prouvé maintenant que le mercure, les préparations iodées administrées avec prudence ne sont suivis d'aucun accident et n'ont que de légers inconvénients quand ils en ont. Le

traitement antisyphilitique devra donc être entrepris, mais avec les ménagements, les soins exigés par la position des époux. Je reviendrai sur ces questions quand je traiterai des *maladies vénériennes chez les nouveaux nés.*

Rupia syphilitique. — Il est moins rare que le pemphigus de l'adulte. Il est caractérisé par des bulles larges, peu distendues, assez régulièrement arrondies, entourées d'une auréole cuivrée. Ces bulles contiennent une humeur noirâtre se desséchant avec rapidité, d'où une croûte noire, laquelle est plus épaisse au centre qu'à la circonférence. Autour de ces croûtes coniques est un cercle violacé qui s'ulcère et qui dépasse toujours l'étendue de la bulle qui l'a précédé. Au-dessous des croûtes sont des ulcérations taillées à pic, quelquefois profondes.

Les bulles du rupia peuvent être observées sur tous les points du corps; elles varient pour le nombre, les dimensions; elles sont ordinairement peu nombreuses et répandues irrégulièrement sur divers points. Il n'est pas très-rare de n'observer qu'une bulle; ou bien il y en a deux; on les observe alors plus particulièrement aux membres inférieurs, et elles ont de grandes dimensions. Dans des cas très-exceptionnels, les bulles sont largement répandues et en très-grand nombre sur toute l'enveloppe tégumentaire ; elles sont d'un volume à peu près égal partout et elles simulent l'ecthyma dont elles diffèrent toutefois par leur étendue, par la forme conique de leurs croûtes et aussi par leur lésion élémentaire, bien que, dans ces circonstances surtout, il n'y ait pas une grande différence entre la pustule de l'ecthyma et la bulle du rupia, qui est cependant plus étendue, plus superficielle et ne recouvre pas complétement la surface malade comme la pustule de l'ecthyma (Cazenave). Quand le rupia a de grandes dimensions, des ulcérations successives à la base de la croûte établissent à la longue une large ulcération qui pourra se cicatriser dans quelques parties, et surtout au centre, et se couvrir de croûtes dans d'autres points, principalement à la circonférence où celles-ci semblent entretenues par la succession de plusieurs bulles isolées. L'ulcération alors revêt la forme phagédénique.

Le rupia syphilitique présente d'autant plus de gravité que le sujet est moins vigoureux, que la constitution est plus détériorée. J'en ai observé un chez un sujet avancé en âge qui fut très-grave, car le sujet avait d'abord été épuisé par les souffrances et la suppuration d'un chancre phagédénique. C'est, en général, une affection tardive. C'est aussi une des plus graves. Sa marche est toujours lente. Les cicatrices sont indélébiles, avec la forme ronde de l'ulcération, et

conservent longtemps l'empreinte caractéristique de la syphilis. Ces cicatrices dégénèrent quelquefois, et il s'élève sur elles des productions qui ont été appelées kéloïdes par Alibert. La réparation est annoncée par la sécheresse des croûtes, la décoloration du cercle et il s'opère une exfoliation lamelleuse. La figure 4 de la planche 7 représente un rupia du membre supérieur; sa réparation commence. La croûte est divisée en plusieurs fragments. On voit l'exfoliation lamelleuse. Les croûtes pressées par le doigt appuyé sur leur sommet ne laissaient sourdre aucune sérosité. Elles donnaient à la percussion un son sec et clair. Ce sont ces croûtes qui tombent par portions et laissent voir successivement une partie plus considérable de la cicatrice.

SYPHILIDE PUSTULEUSE.

Ce sont de petites tumeurs formées par une accumulation, à la surface du derme, d'une humeur purulente qui soulève l'épiderme.

Ce paragraphe est important, car il s'agit ici d'une forme de l'accident secondaire qui est avec production de pus, c'est-à-dire dans les conditions les plus favorables à la contagion et à l'inoculation. C'est d'ailleurs cette syphilide qui paraît avoir été surtout observée à la fin du quinzième siècle, c'est elle aussi qui a valu à la spécialité pathologique que nous étudions le nom de vérole.

La syphilide pustuleuse est assez rare. Elle peut être observée sur tous les points du tégument. Mais on la voit plus fréquemment à la tête et aux jambes; à la tête c'est surtout l'impétigo, tandis qu'aux jambes c'est l'ecthyma.

Syphilide lenticulaire. — Acné syphilitique. — Ce serait la plus commune des éruptions pustuleuses, selon M. Cazenave : on la méconnaîtrait le plus souvent. Les boutons sont discrets, isolés, de la largeur d'une petite lentille, légèrement saillants, d'une couleur caractéristique bien prononcée, suppurant d'une manière incomplète, se terminant par une petite cicatrice de beaucoup moindre que le volume de la pustule à laquelle elle succède.

La syphilide lenticulaire peut se manifester sur tous les points de la surface du corps; elle est irrégulièrement disposée, sa forme varie un peu, suivant qu'elle occupe telle ou telle région. Au visage, à la poitrine, au dos elle ressemble bien à l'acné; mais les pustules sont plus volumineuses, saillantes, arrondies; elles suppurent dans la moitié de leur étendue; elles sont alors surmontées d'une croûte, quelquefois assez épaisse, dont la chute laisse voir une cicatrice assez large, déprimée qui repose longtemps sur un fond comme tuberculeux. Aux

membres, on voit les pustules aplaties, surtout à la base, laquelle est plus large, moins exactement arrondie que pour les précédentes. D'une teinte cuivrée, assez rouge au début, ces pustules paraissent sous la forme d'une petite lentille. Quelquefois douloureuse, la tache qui apparaît d'abord présente sensiblement une légère saillie ; le point central devient proéminent, et l'on remarque bientôt tout à fait au sommet une très-petite collection de pus, lequel disparaît après un ou deux jours, soit par résorption, ce qui est plus rare, soit parce que le sommet a été déchiré ou que l'humeur coagulée a été remplacée par une petite croûte peu adhérente, et qui se détache bientôt. « Quoi qu'il en soit, le bouton a pris un autre aspect : c'est une petite élévation comme papuleuse, cuivrée, un peu résistante sous le doigt, et qui présente au sommet une petite cicatrice déprimée, quelquefois encore perforée tout à fait au centre, et surtout pendant quelque temps entourée de petits débris épidermiques. A mesure que l'éruption s'éloigne du début, elle perd de plus en plus son caractère pustuleux ; on dirait à la première vue une syphilide papuleuse, bien que cependant il y ait plusieurs caractères assez tranchés pour ne pas permettre l'erreur. Cette éruption est d'ailleurs entretenue longtemps par des pustules nouvelles, de sorte qu'il est facile, dans la plupart des cas, de l'observer aux différents états que je viens de signaler. C'est cette forme de syphilide pustuleuse qui a été souvent méconnue ; c'est elle qui explique pourquoi la syphilide papuleuse passe, bien à tort assurément, aux yeux de certains pathologistes pour être une des plus communes. (Cazenave, p. 286.) » Je ne conteste pas les erreurs de diagnostic commises avant les notions fournies par M. Cazenave, mais je ne puis m'empêcher, même après avoir mis à profit les recherches de ce médecin, de considérer la syphilide papuleuse comme une des plus communes. La syphilide lenticulaire a toujours une marche chronique; ses pustules, toujours discrètes, ne sont jamais suivies d'ulcérations; elles se terminent par une induration de la base, qui finit par se dissiper, et une cicatrice centrale tout à fait indélébile.

Impétigo syphilitique. — Cette syphilide affecte deux formes : une assez simple correspond à la syphilide vésiculaire, à forme de varicèle (à la lésion vésiculeuse près) ; c'est l'*impétigo non confluent*. Ici les pustules un peu volumineuses restent isolées, ou si elles se confondent, c'est accidentellement et au nombre de deux ou trois seulement. Une tache d'un rouge cuivré assez vif paraît d'abord, puis il s'opère un soulèvement de l'épiderme qui couvre complétement cette tache. Les pustules n'ont pas de base indurée et forment autant de petites tumeurs molles, remplies d'un liquide purulent ; ordinairement elles sont assez

rapprochées les unes des autres, sans toutefois se confondre, entourées d'un cercle rougeâtre. C'est plutôt dans la peau qui les sépare que dans une auréole distincte pour chacune d'elles qu'apparaît dès le début un peu de cette teinte spéciale qui devient de plus en plus prononcée, à mesure que l'éruption fait des progrès. La teinte passe à l'état de macule sur les points de la peau occupés d'abord par les pustules.

Cette forme d'impétigo s'observe fréquemment dans le cuir chevelu, dans la barbe, à la racine des sourcils, à la face, aux commissures des lèvres, à l'ouverture des fosses nasales; sur ces deux points l'impétigo touche aux papules muqueuses qui sont sur les muqueuses voisines. L'impétigo facial est fréquent chez les enfants, on en voit un bel exemple pl. VI, fig. 2. L'impétigo est à la racine du nez, au-dessous sont des pustules d'ecthyma dont l'auréole est d'un rouge caractéristique ; le sujet était un petit garçon qui avait été infecté par un nourrisson syphilitique que sa mère allaitait.

L'impétigo non confluent est précédé de symptômes généraux, de malaise, courbature, etc. L'éruption peut apparaître à la fois dans une grande étendue. En général, malgré l'apparence d'un état très-aigu, si les pustules ne sont pas déchirées accidentellement elles peuvent rester sans changement aucun pendant plusieurs jours. Cependant le liquide qu'elles contiennent se coagule, d'où une croûte brunâtre, plus large que la pustule, croûte qui, dans le plus grand nombre de cas, devient de plus en plus sèche et ne tombe que pour laisser voir une cicatrice. Quelquefois les pustules grossissent, le liquide est plus abondant, l'épiderme est soulevé dans une plus grande étendue; alors plusieurs pustules peuvent se confondre en une seule croûte, toujours peu étendue d'ailleurs; mais alors aussi cette croûte peut recouvrir une ulcération peu profonde, il est vrai, mais qui laisse une cicatrice plus étendue et plus déprimée que celle de la pustule qui a parcouru ses phases isolément.

L'*impétigo confluent* a été appelé aussi *syphilide pustulo-crustacée*. C'est le résultat d'un grand nombre de pustules réunies, confondues. Ordinairement précédée de malaise, et même de mouvement fébrile, la syphilide pustulo-crustacée débute par une rougeur plus ou moins vive de la peau qui est aussi manifestement tuméfiée. Bientôt la partie rouge se recouvre de petites collections purulentes qui se confondent avec d'autant plus de rapidité qu'elles reposent sur une surface enflammée. Ces pustules restent très-peu de temps intactes; bientôt il y a une ou plusieurs larges plaques entourées d'une auréole étendue de couleur cuivrée, et couvertes de croûtes peu saillantes, inégales, verdâtres, molles, au moins dans les premiers temps, bombées au centre,

et enchâssées, à la circonférence, dans un tissu mou, enflammé, qui fait présumer une ulcération dans le voisinage. Il existe, en effet, sous les croûtes, des ulcérations grisâtres, à bords légèrement élevés, mais peu profondes qui sécrètent une sérosité purulente à l'aide de laquelle se reforment de nouvelles croûtes. A mesure que la maladie se modifie, les croûtes deviennent de plus en plus sèches, leur circonférence se raffermit, il se détache de leurs bords des parcelles ; elles tombent enfin complétement et laissent à nu une cicatrice ordinairement étendue et plus ou moins difforme, suivant la fréquence plus ou moins grande de la formation successive des croûtes nouvelles.

On peut observer la syphilide pustulo-crustacée à la fois sur plusieurs points ; elle apparaît d'abord sous forme de plaques distinctes ; mais, contrairement à la syphilide serpigineuse, elle ne tend pas à envahir les parties voisines. Dans les premiers jours, elle a le volume et l'étendue qu'elle doit conserver pendant toute la durée de la maladie. Si à chaque renouvellement des croûtes, elle s'étend, c'est toujours dans des limites très-restreintes, aussi voit-on après elle des cicatrices plus ou moins larges, dans différents points, distants ou rapprochés les uns des autres ; mais on ne trouve jamais ces longues traînées où la peau est ulcérée dans une étendue considérable et sans interruption.

Les croûtes de la syphilide crustacée peuvent être très-dures et blanchâtres ; elles sont comme plâtreuses. (Voyez planche VII, fig. 1, la partie supérieure.) Après la chute des croûtes, au lieu de trouver une cicatrice plus ou moins complète, comme au milieu de la fig. 1 de la planche VII, on peut observer des ulcérations taillées à pic comme au bas de la fig. 1, même planche. C'est là la véritable ulcération syphilitique consécutive. Le sujet était avancé en âge, il avait des périostoses et un sarcocèle syphilitique double. C'est d'ailleurs tardivement qu'on observe les syphilides pustulo-crustacées et, comme chez ce malade, elles sont accompagnées par d'autres accidents profonds.

Ecthyma syphilitique. — Il est formé par de petites tumeurs isolées, à base ayant une certaine consistance et avec formation rapide d'une croûte qui laisse après elle une cicatrice quelquefois très-superficielle, quelquefois profonde. Autour est un cercle rouge ; la nuance de ce rouge varie selon l'âge, la peau, la constitution de l'individu. En général la teinte est cuivreuse, mais elle peut être d'un beau rouge. On peut voir (pl. VI, fig. 3), une pustule d'un beau rouge. Elle était sur la peau d'un malade jeune, d'une constitution vigoureuse et qui était couché salle 11, nº 22 ; vis-à-vis était un autre individu également affecté d'ecthyma, mais dont les pustules étaient d'un rouge sombre

un peu violacé (voyez même fig. au centre). Ce malade était âgé et très-affaibli.

Il y a deux formes assez tranchées d'ecthyma, l'une qui ressemble davantage aux éruptions pustuleuses de l'enfance à la variole. Les pustules sont plus larges que celles de l'impétigo ; cependant elles ne vont guère au delà de l'étendue d'une pièce de 50 centimes : elles sont arrondies, légèrement coniques, quelquefois un peu ombiliquées, entourées de l'auréole cuivrée. Ces pustules se développent rapidement, se répandent à la fois sur une partie plus ou moins étendue du tronc, des membres, et quelquefois elles apparaissent très-peu de temps après le symptôme primitif. Elles sont distendues par un liquide jaunâtre qui s'échappe facilement, d'où une croûte d'un brun plus ou moins foncé, peu adhérente (voyez fig. 3, pl. VI). Au bout d'un ou deux septénaires ces croûtes tombent, et il reste une tache, quelquefois une cicatrice, mais superficielle et centrale. C'est là l'ecthyma aigu, qu'on peut appeler aussi superficiel, celui qui, selon moi, s'inocule le plus facilement. On verra que le malade qui a fourni le pus avec lequel j'ai inoculé avec succès l'homme sain, on verra que ce malade portait un ecthyma appartenant à cette première forme, d'ailleurs la plus rare. On peut observer avec lui d'autres lésions, mais appartenant aux premières périodes de la syphilis ; ainsi le chancre peut encore exister, il peut y avoir des plaques muqueuses, des rhagades à l'anus.

Dans la seconde forme d'ecthyma, celui qui relativement au premier peut être appelé chronique, profond, les pustules sont plus larges ; elles peuvent avoir la grandeur d'une pièce de 5 francs, mais elles sont ordinairement ovalaires avec le grand diamètre dans le sens de l'axe du membre qu'elles occupent, car ces pustules sont observées ordinairement aux membres, surtout aux membres inférieurs, aux jambes. Elles sont peu nombreuses, ne se manifestent pas, en même temps, sur tous les points qu'elles doivent occuper. Ce sont des éruptions qui se succèdent ordinairement dans l'espace de quelques mois.

La pustule de l'ecthyma chronique est précédée par une tache violacée, l'épiderme se soulève au centre, et bientôt un liquide épais qui semble un mélange et de pus et de sang s'amasse, forme foyer. Immédiatement autour de ce foyer est une auréole livide, entourée elle-même d'une bordure cuivrée. En dehors des points où l'épiderme commence à se soulever est un gonflement qui fait que le centre de la pustule semble déprimé. Quand la pustule s'ouvre, l'humeur qu'elle contient s'écoule en partie, le reste, ce qui est sécrété encore, forme une croûte noire qui se dessèche peu à peu et finit par ressembler à une

escarre. Aussi cette forme de l'ecthyma ressemble-t-elle, sous quelques rapports, au rupia escarrotique. Si l'on provoque de bonne heure la chute de la croûte, on voit apparaître une ulcération à fond grisâtre, à bords taillés à pic autour desquels est un liséré blanchâtre, formé par les portions d'épiderme qui séparent les croûtes de la circonférence de l'ulcère.

Si, au lieu de provoquer la chute de la croûte, on la laisse tomber spontanément sous l'influence d'une réparation progressive, on voit qu'elle se dessèche de plus en plus; elle semble se rétracter et s'affaisser au centre. Le liséré épidermique dont il a été question tombe en très-petites lamelles et laisse voir la circonférence de la croûte qui semble pénétrer dans l'épaisseur de la peau. Enfin des parcelles de la croûte se détachent aux bords, puis elle se brise vers le centre, et après son élimination il reste une cicatrice plus ou moins ronde, déprimée, avec la teinte syphilitique.

Cette forme est plus fréquente que la précédente; elle est plus grave et on l'observe souvent après d'autres manifestations secondaires, après d'autres syphilides, la roséole, les papules, quelquefois après l'iritis. Avec cette forme ou peu de temps après, arrivent les affections du tissu osseux, fibreux et des parenchymes.

On voit donc encore ici la même syphilide, le même accident être tantôt secondaire et tantôt tertiaire, ou bien plus voisin de cette période que de l'autre, ce qui est un nouvel argument contre les divisions arbitraires.

Bien plus, entre la première forme aiguë largement répandue sur le corps et la forme que je viens de décrire, il en existe une intermédiaire. Alors les pustules, au lieu d'être discrètes comme dans la première forme, se groupent, sont confluentes sur un point et forment une large croûte qui ressemble assez à une variété d'impétigo; au lieu de ne laisser presque aucune trace cicatricielle comme dans la première forme ou une dépression régulière très-marquée comme dans la seconde, elles laissent une cicatrice inégale plus marquée que dans le premier cas et moins qu'à la suite de l'ecthyma profond, car cette forme intermédiaire est toujours un ecthyma superficiel.

Inoculation de l'ecthyma syphilitique. — Le premier en France, j'ai prouvé que l'accident dit secondaire se transmettait non-seulement par contagion, mais par inoculation expérimentale. Mes expériences datent de 1849. Déjà, en parlant de la syphilide à forme de varicelle, j'ai transcrit l'observation d'une inoculation de l'homme malade à l'homme malade. Cette observation faisait partie d'un mémoire qui contenait aussi les deux premières observations qu'on va lire. Je donnai lecture

de ce travail à la Société de chirurgie, et la *Gazette des hôpitaux* l'inséra dans les numéros des 18 et 22 février 1851. Comme j'étais dans le vrai, comme je savais qu'en Allemagne les meilleurs esprits avaient déjà confirmé mes expériences et qu'en France l'expérimentation parlerait bientôt en ma faveur, j'écrivis et je parlai d'une manière très-contenue. A la Société de chirurgie et dans les journaux je ne répondis pas à tous les arguments, laissant ce soin aux faits. Voici l'observation qui a le plus passionné. C'est une inoculation de l'ecthyma du malade au malade d'abord, et ensuite de celui-ci à l'homme sain. Cette observation doit être divisée en deux parties : 1° les phénomènes offerts par le malade qui a fourni la matière à inoculation et qui ont été observés par moi, par MM. Piberet et Lafargue, internes des hôpitaux de Paris ; 2° les phénomènes offerts par la personne en bonne santé qui a été inoculée et relatés par elle-même.

Obs. 1re. — *Inoculation du malade au malade, et du malade à l'homme sain.* — Un domestique, âgé de vingt-trois ans, ayant un tempérament appelé autrefois *bilioso-sanguin*, entré à l'hôpital du Midi le 28 octobre 1849, a été couché salle 11, n° 30. Il n'a jamais été malade ; il est né de parents sains. Il y a six semaines, il a eu un chancre sur le côté droit du frein, aujourd'hui cicatrisé, et dont la trace est une induration peu étendue. Huit jours après cette cicatrisation, le malade éprouva des démangeaisons à l'anus, puis apparurent des tubercules plats qui occupent actuellement encore tout le pourtour de l'anus. Entre les plis de la muqueuse sont quelques rhagades. En même temps que ces phénomènes se produisent du côté de l'anus, il paraît sur la peau une éruption précédée de rougeurs; viennent ensuite de *petits boutons*, des papules, et trois ou quatre jours après, ce sont des pustules. Cette éruption a été précédée par un mouvement fébrile. Les pustules ont depuis la largeur d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de 50 centimes. Elles débutent par la tête, se répandent irrégulièrement sur le tronc et les membres, et sont surtout nombreuses sur le côté droit de la poitrine. Les ganglions inguinaux et cervicaux sont engorgés. Le pourtour de l'anus est couvert de tubercules plats ; il y a quelques rhagades et un suintement fétide puriforme. *Nulle disposition infundibuliforme.* Céphalalgie sus-orbitaire qui tourmente le malade ; elle augmente le soir pour durer jusqu'au matin, et d'une manière intense. Douleurs assez vives dans les articulations scapulo-humérales et dans les articulations du membre inférieur. La tête est couverte de croûtes qui se détachent facilement. Nous avons déjà dit que le plus grand nombres des pustules occupent le côté droit de la poitrine ; il en existe aussi au ventre. En tout, il y en a de bien caracté-

risées une trentaine sur le tronc; elles sont plus discrètes aux membres thoraciques et à la partie supérieure et antérieure des membres abdominaux. Les plus larges sont sur la poitrine. Toutes sont entourées d'une zone d'un rouge cuivreux. Toutes contiennent du pus; la plupart sont surmontées d'une croûte qui varie de couleur; les unes sont noirâtres, d'autres blanchâtres, d'autres squammeuses, adhérentes; d'autres enfin sont d'un jaune plus ou moins foncé. Toutes sont entourées d'un cercle dont la couleur a été déjà indiquée, et reposent sur un tissu un peu boursouflé. Il est des pustules qui ne sont surmontées que par une croûte grisâtre, et qui paraissent plus récentes; on les voit remplies d'un pus qui paraît bien lié.

Le 28 octobre 1849, on chargea une lancette avec du pus de l'une de ces dernières pustules situées au côté droit de la poitrine, et on piqua la partie inférieure et interne de chaque cuisse du malade. Le 29, apparaît une élevure sur chaque petite plaie, qui, peu à peu, revêt les caractères des pustules du tronc. On prend du pus dans ces pustules d'inoculation pour l'inoculer à la partie supérieure et interne des cuisses. Même résultat que pour les premières.

Le 1er novembre, M. Boudeville, interne en pharmacie, qui n'a jamais éprouvé le moindre accident vénérien, et dont la constitution est excellente, s'offre pour subir l'inoculation. Du pus est puisé dans une pustule de la partie latérale gauche de la poitrine du malade, pustule non ulcérée, tout à fait intacte, surmontée seulement d'une croûte grisâtre. On charge une lancette bien propre avec laquelle on inocule la partie inférieure de la face palmaire de l'avant-bras gauche de M. Boudeville; avec du pus pris sur une autre pustule de la même région et aussi récente que la première, on inocule l'avant-bras droit[1].

Le malade, entré à l'hôpital le 21 octobre 1849, est sorti, bien malgré moi, le 24 novembre de la même année; cependant il a pu être observé pendant près d'un mois par les élèves du service, par ceux qui suivent ma visite, par les membres de la Société des médecins allemands, entre autres par M. Robert, de Weltz. MM. Surmay et de Cas-

[1] Il est important que le lecteur note bien qu'on a puisé à trois pustules différentes pour les inoculations : 1° à une pustule du côté droit de la poitrine pour inoculer le malade lui-même; 2° à une pustule du côté gauche de la poitrine pour inoculer l'avant-bras gauche de l'élève; 3° à une pustule de la même région pour inoculer l'avant-bras droit du même élève. De sorte que si l'on prétendait que le pus d'inoculation a été puisé à un chancre, il faudrait admettre trois chancres à la poitrine, et, comme conséquence forcée, les autres pustules répandues sur tout le corps, en tout semblables à celles de la poitrine, seraient aussi des chancres!

telnau furent invités à venir constater les effets de l'inoculation, et sur ce malade, et sur l'élève en pharmacie. Comme je prévoyais que cette observation aurait un certain retentissement, je voulus, par un sentiment facile à comprendre, que celui qui allait faire preuve de dévouement ne fût pas seulement ici acteur. Je le priai donc de rédiger le journal de ce qui se passerait chez lui. Mais comme je pensais aussi qu'un élève en pharmacie pourrait bien ne pas remplir tout à fait les conditions d'un observateur médical, je suivis moi-même les effets de l'inoculation. Voici d'ailleurs la rédaction de l'élève en pharmacie ; je n'y changerai rien.

« Le lendemain de cette expérimentation (l'inoculation), c'est-à-dire le 2 novembre, un commencement d'inflammation se manifesta. Le soir, je ressentis quelques douleurs sourdes et analogues à celles d'un travail de suppuration.

« Le 3, une papule de 2 millimètres environ occupait le centre d'un cercle rouge ; cette papule ne se développa et ne prit une plus grande dimension que le 5 novembre. Le cercle inflammatoire suivit la progression de la papule et la débordait de quelques millimètres ; elle prit alors un caractère de convexité très-remarquable, et se recouvrit d'une croûte grisâtre crevassée, et sous cette croûte séjournait un pus blanc-grisâtre d'une consistance épaisse, pourtant plus clair que celui qui avait servi à l'inoculation. Il est bon de dire que plusieurs fois le frottement du linge contre les pustules occasionna l'évacuation du pus, mais qu'il se reformait immédiatement.

« Pendant toute la poussée et ses diverses évolutions, je ressentis une douleur locale assez intense, et qui quelquefois s'étendait dans la région du bras. Je ne remarquai aucun symptôme général.

« Dans les premiers huit jours, je n'aperçus qu'une inflammation *cercloïde* surmontée d'une petite papule qui *m'était poussée* à la face externe et supérieure de la cuisse ; elle disparut au bout de quatre ou cinq jours. Il est probable qu'à cette partie de la cuisse *il siégeait* un bouton écorché par les vêtements, et que durant le sommeil mon avant-bras fut porté vers lui, une petite quantité de pus en aura coulé : de là une pustule.

« L'inflammation cessa vers le 15 ; les pustules s'affaissèrent, se cicatrisèrent ; bientôt leur surface devint plane et foliacée ; la piqûre de la lancette a laissé un stigmate infundibuliforme d'un rouge brunâtre et présentant des écailles blanchâtres, comme lichénoïdes.

« Les choses étaient en cet état, lorsque, après trente-cinq jours d'infection locale, c'est-à-dire le 5 décembre, un nouveau travail s'opéra ; une inflammation en fut le résultat, et consécutivement deux

pustules reparurent et occupèrent exactement la place de leurs devancières, sans que je ressentisse autre chose qu'une douleur très-vive dans le siége de *leur localité même* [1]. Le toucher pourtant, à une distance assez éloignée, me faisait éprouver un sentiment de vives douleurs. Cette fois, la cicatrisation fut très-lente, à cause d'une suppuration assez abondante, et surtout pour celle du bras droit qui avait été labourée par l'épingle du pansement. La cicatrisation ne fut complète que vers le 20 janvier 1850.

« M. Vidal, *dès la première cicatrisation,* me conseilla de faire un traitement. Je ne me soumis pas à ce conseil, jugeant que l'expérience n'était pas assez concluante par la seule manifestation des phénomènes locaux, et je résolus d'attendre que l'infection générale devînt manifeste pour la combattre. Jusqu'à ce jour, 8 mars 1850, cent vingt-huit jours d'inoculation, je ne me suis aperçu d'aucun symptôme général.

« Remis à M. Vidal, le 28 mars 1850.

« BOUDEVILLE. »

Voici comment M. Boudeville expose les symptômes qui se sont ensuite produits sur lui et qui peuvent être considérés comme le résultat d'une infection générale. Ce qu'on va lire m'a été remis par l'interne en pharmacie, le 10 août 1850.

« Je m'aperçus de pustules plates lenticulées du cuir chevelu, un ganglion cervical postérieur et supérieur s'engorgea, et enfin de l'alopécie. Vers le 25 avril je ressentis quelques difficultés dans la déglutition et un commencement d'inflammation buccale ; de la roséole parut sur le corps pendant trois ou quatre jours, et enfin des plaques muqueuses se manifestèrent et firent élection de siége sur les piliers de la voûte palatine. C'est alors seulement que je pris le traitement mercuriel. D'abord je ne pris qu'une pilule de proto-iodure de mercure ; mais des douleurs rhumatoïdes et de la céphalée nocturne me les firent porter à deux et trois, puis à quatre. Les douleurs ayant

[1] Ainsi les premières pustules, celles qui suivirent immédiatement l'inoculation, durèrent environ quinze jours, et environ vingt jours après leur *entière cicatrisation* survinrent spontanément des pustules beaucoup plus volumineuses que les premières, et elles durèrent, comme va le dire M. Boudeville, quarante-cinq jours. C'est une erreur typographique qui m'a fait dire que ces secondes pustules étaient moins volumineuses. Pour ce qui est du siége des secondes pustules, je dois le dire ici ; les premières étaient au milieu de la face antérieure de l'avant-bras, les secondes prirent naissance un peu plus près du bord radial par un point de la circonférence des anciennes ; elles se confondaient avec les cicatrices des premières.

cessé, je redescendis graduellement à une seule, que je prends encore.

« Les plaques muqueuses de la bouche sont aujourd'hui cicatrisées ; il reste une teinte rouge-brique dans un cercle parfaitement arrêté, occupé autrefois par les pustules.

« Aucune autre manifestation ne s'est produite.

« CH. BOUDEVILLE. »

Paris, 22 août 1850.

Je répète que cette observation est divisée en deux parties : 1° La première partie contient les détails concernant le malade qui avait le corps couvert de pustules; ces détails sont recueillis par MM. Piberet et Lafargue, internes des hôpitaux, aujourd'hui encore à Paris, dont l'instruction et le caractère ont pu être connus par plusieurs chefs de service des hôpitaux. Cette partie n'a pu être et ne pouvait être attaquée directement. 2° Les détails de la seconde partie ont été fournis par l'élève en pharmacie inoculé, lequel, mis en rapport avec d'autres personnes, en a ajouté qui ont semblé établir une contradiction avec les premiers [1]. De là une obscurité sur cette seconde partie de l'observation qu'on a voulu répandre sur l'ensemble du fait pour l'annuler. Mais la fin de la narration de M. Boudeville n'a pas été attaquée ; c'est celle qui prouve qu'un élève en pharmacie a eu la vérole par le fait de l'inoculation que je lui ai pratiquée. Ainsi deux points sont établis, incontestables : 1° le malade qui a fourni le pus portait des pustules secondaires, et c'est à ces pustules que j'ai puisé pour inoculer l'élève ; 2° celui-ci a eu la vérole par le fait de cette inoculation. Pour moi la question est résolue, car je n'avais pas à établir la possibilité de transmettre telle ou telle forme de la syphilis, mais une des formes. Or j'ai transmis la vérole. Le doute, la critique, n'ont porté que sur la nature des lésions locales produites sur les deux avant-bras de l'élève. On a prétendu que c'étaient des chancres. Cela importe peu. La question, je le répète, n'est pas de savoir si une forme secondaire peut transmettre une forme identique, mais bien une forme syphilitique quelconque. Si

[1] La variante qui se trouve dans la *deuxième* observation de M. Boudeville, porte sur un développement ganglionnaire des aisselles pendant l'existence des pustules qu'il a eues aux avant-bras. Or, on peut voir pages 388 et suivantes, que dans la *première* observation de cet élève qui s'arrête au 8 mars 1850, quand tout est fini aux membres, rien n'indique ce développement ganglionnaire que M. Ricord aurait déjà fait remarquer à l'élève ! J'ai d'ailleurs prouvé dans plusieurs parties de ce livre que les adénites n'avaient aucune valeur dans le diagnostic. Ici les ganglions de l'aisselle pouvaient être l'effet de l'infection générale. On comprend que dans un livre comme celui-ci je m'abstienne de tout jugement sur la conduite des personnes.

l'élève a eu d'abord deux chancres aux avant-bras, cela prouverait qu'avec l'ecthyma secondaire on peut produire des chancres, ce qui serait bien plus compromettant pour mes adversaires. Mais il n'en est rien, car on voit les pustules qui suivirent immédiatement l'inoculation de l'élève durer quinze jours ; elles disparaissent ensuite *complétement*, et vingt jours après cette disparition, cette guérison complète, locale, sans reliquat aucun, surviennent spontanément, en l'absence de toute cause provocatrice, d'autres pustules plus volumineuses que les premières. Celles-ci ont quarante-cinq jours de durée ; elles naissent, non pas précisément sur le centre de la cicatrice des premières pustules, mais sur un point de leur circonférence. Est-ce là la marche du chancre ? Non, le chancre une fois complétement réparé ne se reproduit plus. Pour un autre chancre il faut une autre inoculation. C'est surtout ce que professe M. Ricord.

D'ailleurs, j'ai déjà dit que je ne m'étais pas contenté de confier à l'élève le journal de ce qui devait se passer chez lui. J'observais aussi. Bien plus, dans une circonstance aussi grave, je voulus avoir recours aux lumières d'un collègue ici très-compétent. Je conduisis donc cet élève chez M. Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis; je le consultai sur la nature des pustules et sur le traitement que l'élève devait suivre. M. Cazenave, après un examen attentif et sans aucun renseignement préalable de notre part, déclara que les pustules de l'avant-bras de M. Boudeville étaient *deux ecthymas syphilitiques, que sa conviction était complète sur ce point, et il ordonna un traitement mercuriel.* C'est alors que nous déclarâmes, *M. Boudeville et moi*, que ces pustules étaient le résultat de l'inoculation d'un pus puisé à *deux pustules d'ecthyma* dont était porteur un malade de l'hôpital du Midi. Ce fait conduisit M. Cazenave à expérimenter lui-même, et peu de temps après ce médecin publia un cas d'inoculation, avec succès, d'ecthyma syphilitique.

Mais ce n'était pas assez d'avoir prouvé moi-même l'inoculabilité des accidents secondaires; ce n'était pas assez de voir mes expériences confirmées par les syphiliographes avec lesquels on me croit en communauté d'opinion, il fallait, de plus, des faits concluants, des expériences appartenant à des médecins qui sympathiseraient mieux avec mes adversaires. Sous ce rapport, les deux observations qu'on va lire ont une grande importance.

Étant dans la nécessité de faire un voyage dans le Midi, M. Puche voulut bien se charger de mon service, et fit l'expérience dont on va lire les détails qui ont été recueillis avec soin par mon ancien interne M. Duménil, aujourd'hui un des praticiens les plus distingués de Rouen.

Obs. 2e. — Salle 11, nº 26; entré le 30 octobre. Tempérament sanguin; constitution très-robuste; embonpoint considérable. Vingt-quatre ans.

Ce malade eut des chancres il y a quinze mois. Traité par M. Vidal à la consultation de l'hôpital dès le début de son affection, il ne prit que vingt pilules mercurielles. Un autre médecin cautérisa les chancres. Il n'a pas eu d'engorgement ganglionnaire plus prononcé que ce qu'on trouve aujourd'hui. Il ressentit des maux de gorge dans les premières semaines de son affection chancreuse; mais il y était sujet déjà auparavant. Pas de douleurs rhumatoïdes; pas de céphalée, pas d'alopécie. A gauche, on trouve un ganglion inguinal superficiel un peu développé, indolent. Le malade affirme qu'il l'a toujours trouvé ainsi. Derrière le sterno-mastoïdien droit, on rencontre un ganglion très-développé qu'il portait également avant sa maladie vénérienne. On trouve les traces des chancres de chaque côté du frein : ce sont des cicatrices déprimées, sans induration. Blennorrhagie actuelle dont le début remonte à trois mois. Au-devant de la malléole droite interne, cicatrice brunâtre résultant, au dire du malade, d'une ulcération produite par ses bottes, il y a trois mois. Remarquons qu'il portait ces bottes depuis très-longtemps, et que jamais il n'en avait éprouvé la moindre gêne. Cette ulcération avait les mêmes caractères que celle qu'on trouve plus haut sur la jambe. Elle se cicatrise spontanément au bout de quinze jours. Sur le tiers moyen de la jambe droite en avant et sur la face externe existent cinq ulcérations couvertes de croûtes noires, épaisses, remontant aussi à trois mois. Ces ulcérations sont arrondies; une d'elles est allongée dans le sens vertical; elles sont profondes; les bords sont saillants, taillés à pic; un pus sanieux en recouvre le fond; une auréole d'un rouge foncé les entoure dans une étendue de 1 centimètre. On sent à peine de l'induration à leur base. Deux de ces ulcérations sont survenues après la chute d'une pièce de bois qui a déterminé une solution de continuité. Les autres ont débuté spontanément par de petits boutons blancs. On trouve éparses sur la jambe quatre ou cinq petites pustules tout à fait semblables à des pustules d'acné. Les ulcérations dont nous venons de parler ont 1/2 centimètre de diamètre.

Le 1er novembre 1850, inoculation sur la face antérieure de la cuisse droite de pus pris dans l'une des ulcérations que nous venons de décrire, une de celles qui ont succédé à des contusions. La piqûre fut pratiquée au moyen d'une lancette qui avait été soigneusement nettoyée avant de servir à l'inoculation qui fait le sujet de cette observation. Le point inoculé fut recouvert d'un verre de montre. — Eau

iodée, 50 grammes; calomel et jalap, 1 gramme; pansement des ulcérations avec des bandelettes de Vigo.

Le 2, le point sur lequel l'inoculation a été pratiquée est recouvert, sur une surface de 1/2 centimètre de largeur, d'un liquide séro-purulent. Ce liquide enlevé par l'application légère d'un linge fin sans aucun frottement, on trouve au-dessous l'épiderme enlevé. Le toucher des parties environnantes fait reconnaître un engorgement dans une étendue de 1 centimètre; pas de douleurs.

Le 3, une petite pustule, grosse comme la tête d'une épingle, existe à 7 millimètres environ au-dessus du point piqué: elle est traversée par un poil. Un autre petite pustule se voit, un peu plus large, à 1 millimètre en dehors de la plaie d'inoculation. Sur le point inoculé lui-même, en tendant légèrement la peau, on trouve une fissure ressemblant à une ulcération allongée; en dedans de cette fissure, dans l'étendue de 2 millimètres, existe une surface jaunâtre qui paraît due à un pus desséché. Les parties environnantes sont rouges, sans tuméfaction, couvertes d'un peu de matière purulente desséchée comme d'une couche de vernis; pas de douleurs.

Le 4, rougeur dans une étendue de 2 centimètres de diamètre. Un peu d'engorgement sous cette rougeur. Au centre, ulcération de 2 millimètres de diamètre recouverte d'une croûte. Pas de douleurs. Depuis vingt-quatre heures, la région inoculée n'a pas été recouverte par le verre de montre, qui n'est plus réappliqué.

Le 5, l'ulcération paraît presque complétement cicatrisée; la rougeur diminue, l'engorgement a presque entièrement disparu.

Le 6, croûte légère, grisâtre sur le point inoculé. La rougeur et l'engorgement sont les mêmes.

Le 7, l'ulcération donne un peu de sérosité; elle n'a pas augmenté d'étendue.

Le 8, croûte jaune, déprimée au centre en godet de 3 à 4 millimètres de diamètre; léger engorgement sous la croûte; la rougeur est la même.

Le 9, ulcération profonde au centre, superficielle sur les bords, de 7 millimètres de diamètre; peu d'engorgement, pas plus de rougeur.

Le 11, croûte de près de 1 centimètre de diamètre, bombée au centre, brune, auréole rouge. Dans une étendue de 1 centimètre, au pourtour de la croûte, pas d'engorgement notable. Les ulcérations de la jambe marchent vers la cicatrisation; le fond est élevé, les bords sont affaissés, des granulations de bon aspect les recouvrent.

Le 12, croûte de bon aspect, saillante; pas d'engorgement des tissus sous-jacents. La rougeur est la même, démangeaison; pas de douleurs.

Le 13, la croûte enlevée paraît mince sur les bords. Dans son centre on trouve un épaississement qui s'enfonce dans le centre de l'ulcération sous-jacente. Celle-ci, superficielle sur ses bords, présente dans son centre une dépression profonde de 2 millimètres ; la surface de l'ulcération est rosée, fournit peu de suppuration; pas de retentissement ganglionnaire.

Le 14, la croûte s'est formée de nouveau, et présente les mêmes caractères que précédemment, pas plus de rougeur, pas plus d'engorgement. Le malade sort dans la journée comme rebelle.

Le 22, le malade se présente chez moi [1]; l'ulcération persiste et est recouverte d'une croûte grise, épaisse, bombée au centre de 1 centimètre 1/2 de diamètre de largeur; desquamation de l'épiderme au pourtour dans une étendue de 2 centimètres ; léger engorgement ; pas de retentissement ganglionnaire, pas de douleurs; la pression sur la croûte en fait suinter une gouttelette de pus.

Ici finit l'observation de M. Duménil.

Cet élève ordonna l'application d'un cataplasme sur la pustule. Selon le malade, la croûte tomba le lendemain, et laissa une ulcération superficielle qui se cicatrisa cinq jours après.

Aujourd'hui, 4 décembre 1850, le malade se présente chez moi. Je constate des cicatrices déprimées au bas de la jambe droite, là où les ulcérations ont existé ; elles sont entourées d'une auréole d'un rouge brun cuivreux. A la cuisse, la trace de la pustule d'inoculation a les mêmes caractères ; elle est un peu plus grande qu'une pièce de 10 sous. La peau autour d'elle est très-brune.

Cette observation nous montre une pustule d'inoculation qui semble avorter le sixième jour, et qui renaît ensuite pour prendre un plus grand développement. Si l'on avait abandonné le malade dans les premières périodes de l'inoculation comme cela arrive quelquefois, on aurait pu croire à l'insuccès de celle-ci.

Obs. 3e. — J'ai déjà annoncé que M. Cazenave avait expérimenté sur une malade ayant une syphilide pustuleuse; il poussa chez elle un ecthyma à la cuisse, dont le pus fut inoculé avec succès aux deux avant-bras de cette malade. M. Cazenave rapporte l'observation, avec les détails les plus circonstanciés, dans les *Annales de la peau et de la syphilis*. Le médecin de Saint-Louis dit très-positivement que la malade se trouvait dans les conditions *rigoureusement exigées* pour donner toute valeur au résultat de cette expérimentation. Cette malade n'avait, au moment de l'inoculation, aucun accident primitif; elle fut examinée

[1] C'est M. Duménil qui parle. M. Puche n'a plus revu ce malade.

au spéculum, *à plusieurs reprises et complétement*, avant l'expérience ; elle le fut encore au moment où on allait l'inoculer. Les phases de l'inoculation furent suivies très-ponctuellement par plusieurs personnes.

On objectera peut-être, ajoute M. Cazenave, qu'on s'est trompé, et qu'on a pris un chancre pour un ecthyma. Le médecin de Saint-Louis dit alors : *Ce sont de ces arguments auxquels on ne répond pas.*

En 1851, mon collègue, M. Richet, alors chirurgien de Lourcine, voulut bien me faire prévenir qu'il venait d'inoculer avec succès l'ecthyma syphilitique consécutif. Il fit prévenir aussi d'autres syphiliographes. Je me rendis à l'invitation de mon excellent collègue pour constater le fait suivant dont les détails ont été recueillis par un élève interne distingué, M. Dubreuil.

Obs. 4e. — B.... Nathalie, âgée de vingt et un ans, couturière, entrée le 5 juillet 1851, salle Saint-Alexis, lit n° 9, de Lourcine, service de M. Richet.

Cette fille, d'un tempérament lymphatique, d'une assez forte constitution, fut réglée pour la première fois à dix-sept ans : la menstruation fut longue à s'établir d'une manière convenable ; mais aujourd'hui les règles coulent sans douleur, sont assez abondantes et durent six jours. Elle n'a jamais été enceinte et n'a jamais eu de pertes. Sans autre maladie syphilitique antérieure à celle qui l'amène à l'hôpital.

Trois semaines avant son entrée, elle s'aperçut que plusieurs petits boutons étaient survenus à la vulve ; et comme ils occasionnaient une démangeaison assez vive, elle les gratta jusqu'à les faire saigner, il en résulta autant de petites plaies contre lesquelles elle ne fit rien autre chose que des lotions émollientes. Ces petites plaies guérirent bientôt, mais à leur place ne tardèrent pas à survenir de gros boutons plats qui furent rebelles aux soins de propreté.

Examen. — Des plaques muqueuses en grand nombre sont disséminées çà et là sur les grandes et les petites lèvres ; parmi celles que l'on rencontre à la fourchette s'en trouvent deux plus petites, ulcérées à la surface et paraissant être deux chancres en voie de transformation. — Rien du côté de l'anus, le col de l'utérus est sain. Vaginite légère. Rien du côté de la peau ; pas de croûtes dans les cheveux ; pas d'alopécie ; pas de céphalalgie frontale ; pas de douleurs ostéocopes.

Traitement. — Une pilule de proto-iodure d'hydrargyre (0gr, 05) et deux injections alunées par jour ; deux tampons d'alun, et deux grands bains par semaine.

8 juillet. — Cautérisation des plaques muqueuses avec la solution concentrée de nitrate d'argent. M. Richet constate avant la cautérisation qu'il n'existe aucune trace de chancre.

9 juillet.—La malade se plaint d'avoir souffert toute la nuit à la partie interne et supérieure de la jambe gauche. On trouve au point indiqué un petit bouton blanc formé par le soulèvement de l'épiderme, et reposant sur un fond rouge enflammé.

12 juillet.—Le bouton s'est transformé en une belle pustule d'ecthyma : cette pustule s'élève de 2 millimètres environ au-dessus des téguments; elle a 12 millimètres de diamètre ; son sommet acuminé est formé par un soulèvement de l'épiderme à travers lequel on aperçoit par transparence le liquide renfermé dans la pustule. Là où l'épiderme est soulevé, c'est-à-dire dans un rayon de 5 millimètres, aspect blanc jaunâtre ; le reste, ou base de la pustule, présente une teinte bleuâtre et violacée, le toucher est très-douloureux en ce point, et donne une sensation de dureté et de rénitence. Dans les environs la peau est d'une couleur rouge érysipélateuse, disposée sous forme d'auréole au pourtour de la pustule, elle a près de 5 centimètres de diamètre dans tous les sens. La malade assure qu'à cet endroit elle n'eut ni excoriation ni piqûre. Du reste, *l'épiderme qui recouvre la pustule paraît partout parfaitement intact.*

M. Richet examine de nouveau la malade, constate qu'il n'existe à la vulve aucune trace de chancre, et nous fait remarquer que sous l'influence d'une seule cautérisation les plaques muqueuses ont diminué de moitié en volume, et qu'elles sont toutes flétries et affaissées. Puis, ponctionnant le sommet de la pustule de la jambe, il en fait sortir quelque chose d'analogue à de la sérosité roussâtre légèrement opaque; une gouttelette de ce liquide est recueillie sur la pointe d'une lancette, et l'inoculation est pratiquée dans le point correspondant sur le membre opposé.

Pour mettre la petite plaie à l'abri du contact des liquides provenant de la vulve, on la recouvre avec un verre de montre que l'on fixe au moyen d'une large bandelette de diachylon faisant une fois et demie le tour du membre, et par-dessus bandage roulé : repos au lit.

14 juillet.— La pustule d'ecthyma a crevé cette nuit, en donnant issue à un liquide sanieux assez abondant qui a taché le linge en roux. Il en est résulté une ulcération creusée en godet, à bords déchiquetés, à fond grisâtre. Au pourtour, auréole violacée de 3 centimètres de diamètre, laissant apercevoir çà et là quelques petits points blancs formés par de petites collections purulentes sous l'épiderme soulevé. Une rougeur érysipélateuse s'étendant assez loin environne le tout. Avant l'ouverture de la pustule, la malade éprouvait des élancements qui la faisaient beaucoup souffrir et l'empêchaient de dormir. Maintenant plus de douleur.

D'une autre part, au point où l'inoculation a été pratiquée, l'épiderme est soulevé et forme une petite vésicule de la grosseur d'une tête d'épingle; cette vésicule est remplie d'un liquide qui paraît blanc, limpide et transparent; au pourtour, petite auréole inflammatoire. Le traitement mercuriel n'a pas été suspendu.

16 juillet. — L'ulcération qui a succédé à la pustule d'ecthyma a 1 centimètre d'étendue dans tous les sens; ses bords sont irréguliers, mais n'ont aucune tendance à se jeter en dehors; ils sont lisses, arrondis, et l'on y remarque déjà un commencement de cicatrisation. Le fond, d'abord recouvert d'une fausse membrane blanchâtre, commence à se déterger.

Du côté de l'inoculation, la vésicule, produite par le soulèvement de l'épiderme, a acquis les dimensions d'une lentille; elle présente un aspect blanc légèrement jaunâtre et n'est plus transparente. L'auréole inflammatoire du pourtour grandit; la malade dit avoir éprouvé cette nuit quelques élancements dans le point où elle siége.

17 juillet. — La pustule d'inoculation repose sur une base indurée : M. Richet la perce avec une lancette, recueille sur la pointe quelque peu du liquide purulent qui s'échappe, et l'inocule sur le bras droit.

18 juillet. — L'ulcération qui a succédé à la pustule-mère est en voie de réparation, le fond d'un beau rouge est presque arrivé au niveau des bords.

La pustule résultant de la première inoculation, reste affaissée depuis le jour où elle a été ouverte. L'auréole inflammatoire qui la circonscrit est moins large; mais la base sur laquelle elle repose est indurée, et lorsqu'on la presse entre deux doigts il sort une goutte de pus mélangé de stries rougeâtres, et la malade manifeste de la douleur.

Au bras, la seconde inoculation paraît avoir réussi : petite vésicule formée par le soulèvement de l'épiderme et remplie d'un liquide blanc légèrement opalin. Au pourtour, coloration rosée. La malade dit avoir éprouvé cette nuit, à l'endroit où elle siége, des démangeaisons et des picotements.

22 juillet. — L'ulcération consécutive à l'ouverture de la pustule-mère et qui avait paru un instant devoir se cicatriser bientôt, se creuse de nouveau et prend une teinte blafarde, les environs sont toujours violacés; elle repose sur un large noyau d'induration.

La première pustule d'inoculation est entièrement cicatrisée, mais dans l'épaisseur de la peau un noyau d'induration de 5 millimètres de diamètre et parfaitement limité au pourtour, persiste toujours.

La pustule du bras s'est ouverte cette nuit; à la place on trouve une croûte jaune et un tant soit peu transparente formée par la dessicca-

tion du liquide contenu dans son intérieur. L'auréole inflammatoire a complétement disparu. Le traitement mercuriel est suspendu pour cause de stomatite commençante.

30 juillet. — L'ulcération qui a succédé à la pustule-mère présente un aspect violacé et blafard, et semble avoir perdu toute tendance vers la cicatrisation. Elle repose sur un disque induré qui la déborde en tous sens.

Le noyau d'induration, seul vestige de la première pustule d'inoculation, persiste toujours. Au bras, il ne reste plus aucune trace.

2 août. — L'ulcération consécutive à l'ouverture de la pustule d'ecthyma commence à se cicatriser.

Le noyau d'induration existe encore sur l'autre jambe, mais il a beaucoup diminué de volume.

21 août. — L'ulcération qui a succédé à l'ouverture de la pustule-mère n'est pas encore complétement cicatrisée, mais elle le sera dans peu de jours.

Le noyau d'induration de la première pustule d'inoculation est réduit à un petit nodule de la grosseur d'une tête d'épingle.

Dans l'intervalle du 21 août au 13 décembre, quelques plaques de psoriasis apparurent à la face palmaire des mains; M. Gosselin, qui venait de remplacer M. Richet, fit suivre à la malade un traitement mercuriel pendant six semaines et la renvoya parfaitement guérie le 13 décembre 1851.

M. Dubreuil termina cette remarquable observation par ces mots: « Ce fait nous montre que l'ecthyma syphilitique secondaire n'est pas, « malgré tout ce que l'on ait pu dire dans ces derniers temps, cons- « tamment rebelle à l'inoculation [1].

Comme on le pense bien, on n'a pas manqué de faire à M. Richet l'objection banale, l'objection adressée à tous ceux qui ont expérimenté avec des produits autres que ceux du chancre. M. Richet, ayant inoculé avec succès, n'aurait pas inoculé un accident consécutif, parce que la *loi* ne veut pas que l'accident consécutif s'inocule. La pustule à laquelle a été puisé le pus aurait donc été une pustule primitive, un chancre. — D'où serait venu ce chancre, répond M. Richet? La femme inoculée était séquestrée à Lourcine et ne portait aucun symptôme primitif quand est survenu l'ecthyma de la jambe. On accuse alors une voisine de la même salle qui lui aurait porté le pus chancreux. Mais, réplique

[1] Cette observation, excepté la fin, fut lue à Lourcine par M. Dubreuil, en présence de la malade de M. Richet sous les yeux duquel elle a été recueillie, en présence de plusieurs élèves de Lourcine et de mon interne, M. Pellagot, qui m'avait accompagné.

M. Richet, il n'y avait pas, à cette époque, de chancres dans la salle !

Les hommes qui examinent ces faits au point de vue seul de la science sont convaincus depuis longtemps. Ainsi voilà mes expériences confirmées en Allemagne par des médecins qui ignoraient mes tentatives. M. Cazenave expérimente et réussit comme moi. A Lourcine, deux collègues nullement engagés dans la question que j'agite, expérimentent avec indépendance : l'un, M. Bouley, fait pousser la pustule plate, et cela chez une femme qui a déjà eu la vérole [1], et l'autre, M. Richet, inocule avec succès l'ecthyma consécutif. Ceux qui connaissent le personnel médical de Paris comprendront l'importance que ces faits empruntent à la position de MM. Richet et Bouley. Tous deux étaient à la tête d'un service de Lourcine, hôpital où l'on ne croyait pas à l'inoculabilité de l'accident secondaire; tous deux ont une réputation de probité, de lumière que personne n'a jamais contestée.

Il ne manque plus maintenant que l'appui de Hunter, c'est-à-dire de celui qui a semé l'erreur que je combats. Eh bien, on verra que Hunter lui-même a inséré dans son livre un fait concluant d'inoculation de l'accident secondaire ! Lisez page 524 de son *Traité des maladies vénériennes* traduit par M. Richelot, première édition, ces mots que je copie avec soin :

« Pour constater si les ulcères *secondaires* de cette femme étaient « contagieux, c'est-à-dire si le pus provenant de ces ulcères pouvait « produire les effets spécifiques du pus vénérien, je lui inoculai du « pus recueilli sur un de ses propres ulcères, et du pus provenant d'un « bubon développé chez un autre malade qui n'avait point encore fait « usage du mercure. Cette expérience fut faite le 18 septembre 1782. « Le 19, la piqûre dans laquelle on avait inoculé du pus provenant de « la malade elle-même était devenue douloureuse trois heures après « l'inoculation, et elle s'enflamma un peu le jour suivant; l'autre ne « s'était pas enflammée du tout. Le 20 septembre, *les deux piqûres « avaient suppuré et offraient l'aspect extérieur d'une pustule varioli- « que ;* elles s'étendaient considérablement. »

Ainsi voilà deux pustules identiques ressemblant à celles de la variole, qui sont le produit, l'une d'un pus puisé à un accident consécutif, l'autre d'un pus puisé à un accident primitif. Donc l'accident consécutif s'inocule comme le primitif. C'est là le fait. Mais arrive le système, qui, se trouvant fort compromis, croit se sauver en prétendant que les deux pustules n'ont pas guéri par le même moyen, qu'elles ne se sont

[1] Voyez le chapitre qui traite des plaques muqueuses.

pas terminées à la même époque ; alors Hunter en conclut que l'accident consécutif ne s'inocule pas. Comme si les pustules d'inoculation par le pus chancreux guérissaient toujours par le même moyen, et toujours à la même époque ! J'ai cité Hunter, sa page ; je prie le lecteur de lire l'observation dont je viens de donner un extrait ; elle est très-remarquable sous d'autres rapports. D'ailleurs, il me sera possible encore de prendre Hunter en flagrant délit de contradiction. Ce sera dans la prochaine section.

Enfin voici une dernière observation rédigée par M. Rossen, un de mes anciens internes :

Le nommé B... (Alphonse), âgé de dix-sept ans, menuisier, d'un tempérament lymphatique, constitution peu forte, est entré à l'hôpital du Midi, salle 11, n° 11, le 17 mars 1851, et en est sorti le 18 avril de la même année. Il y a six mois, blennorrhagie; guérison sans traitement au bout d'un mois. Le 8 ou 9 mars 1851, le malade s'est aperçu de la syphilide pour laquelle il est entré à l'hôpital le 17. Elle présente au moment où nous l'examinons les caractères suivants :

Abdomen et thorax. — Il y a là de petites élevures rouges, coniques, comme papuleuses, entourées à leur base d'une auréole rouge. Quelques-unes ont leur sommet recouvert d'une petite vésicule purulente à pus blanchâtre. Sur plusieurs, une petite croûte facile à détacher recouvre une petite élevure rouge brun. L'éruption est rare et disséminée ; les pustules sont irrégulièrement répandues.

Pubis. — Sur le pubis, au milieu des poils, on voit des croûtes minces, lamelleuses, jaunâtres; quelques-unes sont verdâtres, d'autres sont molles, d'autres friables. — Au milieu de ces croûtes, sont disséminées quelques pustules acuminées, très-petites, peu saillantes ; la base de celles qui, par leur isolement, permettent de la reconnaître, n'est pas entourée d'un cercle inflammatoire. Elles contiennent un liquide opaque et purulent.

Aisselle gauche. — Là, l'éruption présente à peu près les mêmes caractères qu'au pubis; les pustules sont assez nombreuses, et çà et là, au milieu d'elles, on voit quelques croûtes isolées. Les surfaces cutanées, recouvertes par l'éruption, sont entourées par un cercle rouge.

Sur les deux omoplates. — Même caractère de l'éruption ; seulement elle est plus discrète. Croûtes, pustules, etc.

Joue droite. — Dans la largeur d'une pièce de 5 francs, croûtes jaunâtres, résultant de la dessiccation des pustules, très-confluentes en ce point. Elles sont rugueuses, jaune verdâtre. Si l'on en détache une portion, on aperçoit la peau rouge, luisante. Il s'opère sur la sur-

face recouverte par cette croûte un suintement séro-purulent qui permet de la soulever sur presque tous les points de sa circonférence. Elle semble adhérer peu à la peau.

Sur la partie postérieure du tronc, sur les fesses, on trouve des pustules irrégulièrement disséminées. Même caractère que celle du thorax : quelques-unes cependant en diffèrent, et ressemblent à celle que je vais décrire plus particulièrement. Cette pustule est à la partie interne et supérieure de la fesse gauche. Base un peu moins large qu'une pièce de 20 centimes, non indurée ; sommet peu élevé, recouvert d'une croûte un peu moins large que la base, comme formée d'écailles superposées ; croûte soulevée par une couche mince de pus jaune verdâtre, épais, auréole rouge cuivreux (*ecthyma*). C'est dans cette pustule qu'on puisa le pus qui servit à inoculer la face antérieure de l'avant-bras droit. Il y eut deux piqûres.

A la partie externe de la fesse droite est une autre élevure circulaire, large, à base proéminente, rougeâtre. Autour de cette élevure et au-dessous, on sent une dureté qui semble s'étendre dans le tissu cellulaire sous-jacent. Le sommet, plus aigu que celui de la pustule précédente, est recouvert d'une croûte jaune moins épaisse et soulevée par du pus jaunâtre. Le pus pris sur cette pustule a été inoculé à l'avant-bras gauche.

Ces inoculations furent faites en présence de MM. Chausit, Auzias-Turenne, et des élèves du service : c'était le mercredi 9 avril 1851.

Les piqûres furent laissées à l'air libre une partie de la journée.

Jeudi 10. — A l'avant-bras droit, les piqûres sont entourées d'une auréole de la largeur d'une pièce de 20 centimes. A l'avant-bras gauche, un point rouge : auréole moins large de moitié.

Vendredi 11. — A l'avant-bras droit, deux pustules acuminées de la grosseur d'une lentille : auréole très-rouge de la largeur d'une pièce de 25 centimes. Avant-bras gauche, pustule moins grosse, conique : auréole rosée large de 2 à 3 millimètres.

Samedi 12 et dimanche 13. — Pas de changement.

Lundi 14. — Avant-bras droit : le malade s'est écorché. Surface rougeâtre, sanguinolente. Avant-bras gauche : pustule entourée d'une auréole rouge brun, moins large que le 11.

Mardi 15. — Avant-bras droit : nouvelle pustule plus grosse, qui semble formée par la réunion des deux premières. Auréole rouge, brunâtre, large comme une pièce de 20 centimes : croûte jaunâtre, peu adhérente, soulevée par une légère couche de pus ; base non indurée. Bras gauche : l'auréole est plus brune ; l'inflammation semble s'étendre.

Mercredi 16. — A droite, la pustule présente les mêmes caractères que la veille. A gauche, la pustule semble devoir bientôt disparaître. Auréole brune, large de 1 à 2 millimètres; l'épiderme, soulevé par le pus, est comme ridé. En présence de MM. Auzias et Chausit, on a soulevé la croûte qui recouvrait la pustule droite, et l'on a trouvé au-dessous une ulcération à fond rougeâtre. A la partie moyenne est une surface grisâtre qui n'est autre chose que du pus concret.

Jeudi 17. — A droite, la croûte s'est reproduite avec les mêmes caractères que la veille. A gauche, l'inflammation semble se former avec une vigueur nouvelle. L'auréole a les mêmes caractères que la veille.

Le malade est sorti le vendredi 18 pour aller à l'hôpital Saint-Louis.

M. Chausit a suivi ce malade et m'a remis la note suivante :

« Le malade sur lequel M. Vidal a pratiqué avec succès deux inoculations de pustules d'ecthyma secondaire, est entré à l'hôpital Saint-Louis le lendemain de sa sortie de l'hôpital du Midi. Cinq jours après, les croûtes des avant-bras étaient tombées et les ulcérations cicatrisées. J'ai vu le malade le 28 avril; j'ai constaté une cicatrice très-évidente, déprimée, de la largeur d'une lentille, au niveau de la piqûre de l'avant-bras gauche; cette cicatrice était entourée d'une auréole d'un rouge cuivreux tirant sur le brun, de 1 centimètre d'étendue environ. A l'avant-bras droit, la cicatrice, au lieu d'être déprimée, formait au contraire une petite saillie comme tuberculeuse. Même auréole cuivreuse. Des taches d'un brun rougeâtre indiquaient la place que les premières pustules avaient occupée sur différents points de la surface cutanée; aucune d'elles ne m'a présenté de cicatrice notable.

« Le malade a quitté l'hôpital Saint-Louis le 1er mai. »

SYPHILIDE TUBERCULEUSE.

La syphilide tuberculeuse se manifeste par de petites tumeurs pleines, solides, résistantes, comme les papules, mais avec cette différence qu'ici la petite tumeur est plus profonde, et elle a une grande tendance à s'ulcérer. On a considéré aussi comme appartenant à ce groupe de lésions des engorgements tuberculeux des cônes celluleux qui sont dans l'épaisseur du derme, et même des noyaux d'induration qui sont dans les lymphatiques sous-cutanés et qui finissent par adhérer au tégument. Les tubercules se répandent tantôt sur une grande surface, tantôt, au contraire, ils sont peu nombreux et limités à de petites surfaces; on les voit quelquefois groupés plus ou moins régulièrement, dans d'autres cas disséminés inégalement sur une plus ou moins grande partie de la peau. Il arrive que les tubercules sont petits comme un

pois, arrondis, brillants, d'un rouge franchement cuivré, ou bien ils sont larges, aplatis ou sphériques, ronds ou à forme ovalaire. Mais dans ces derniers cas il s'agit de plaques muqueuses telles que je les ai décrites à la fin de la *première section*. Les tubercules paraissent parfois comme enchâssés dans l'épaisseur des tissus, ou bien saillants de plusieurs millimètres. Dans quelques circonstances, les tubercules restent lisses, polis; dans d'autres, ils se recouvrent de squames légères. Il arrive aussi qu'après s'être ulcérés, ils se couvrent de croûtes épaisses. Chez quelques malades, ils ne laissent d'autre trace qu'une empreinte grisâtre qui s'efface par le temps; chez d'autres, ils sont remplacés par une cicatrice indélébile plus ou moins inégale, suivant qu'il y a eu ou non ulcération, et suivant que le tubercule est né plus ou moins profondément. Ainsi, quand ce sont les cônes du derme qui entrent dans la composition du tubercule, on comprend que son ulcération devra être profonde et la cicatrice difforme; ces caractères seront bien plus tranchés, si des vaisseaux lymphatiques, du tissu cellulaire sous-cutané entrent dans la composition des tubercules. Alors la lésion se rapproche beaucoup des tumeurs gommeuses dont l'élimination laisse après elle des pertes de substances considérables et des cicatrices profondes. C'est une lésion analogue et ses suites qui produisent ces grandes brèches du voile du palais, ces entamures du pharynx, ces perforations de la langue.

Tantôt la syphilide tuberculeuse, quelle que soit sa gravité, suit toutes ses phases, exerce tous ses ravages de dehors en dedans sur les points où elle s'est établie d'abord; tantôt, partant d'un point très-éloigné, elle envahit des surfaces très-étendues, en labourant, en détruisant la peau plus ou moins profondément sur son passage.

On peut rencontrer les tubercules syphilitiques sur tous les points de la peau et même sur certaines muqueuses. Mais, par une préférence bien malheureuse, ils envahissent surtout la face ; on les voit alors sur le front, sur les joues, autour du nez. Ils sont fréquents aussi sur le tronc, moins fréquents aux membres inférieurs qu'aux supérieurs. Souvent ils n'occupent qu'une de ces régions, parfois plusieurs en même temps. Les tubercules se montrent quelquefois peu à peu ; il arrive aussi qu'ils poussent soudainement et en même temps partout où il doit y en avoir.

On a observé chez quelques malades des préludes de la fièvre syphilitique dont j'ai déjà parlé. Localement il peut y avoir une certaine réaction, un peu de douleur, un état congestionnel de la peau environnante, ou bien une espèce d'indifférence de cette partie du tégument. Selon M. Cazenave, on peut toujours noter une cause accidentelle, provocatrice.

La syphilide tuberculeuse se manifeste tardivement, souvent après qu'une autre syphilide a déjà parcouru son cours et quand les os s'affectent. Il arrive aussi qu'un malade s'infecte, il croit en être quitte pour une légère roséole fugace. Vingt ans s'écoulent dans une parfaite santé. Le virus avait fait trêve. Mais après ce long temps survient une affreuse syphilide tuberculeuse qui envahit la face et la rend hideuse !

Syphilide tuberculeuse en groupes. — Quand les tubercules se groupent, ils sont en général d'un petit volume ; ils ont peu de tendance à l'ulcération ; la couleur cuivrée y est toujours très-marquée.

Les groupes sont tantôt réguliers, plus ou moins nombreux, exactement arrondis; les tubercules, du volume d'un gros pois, saillants, bien ronds, les uns à côté des autres, forment un cercle ; toute la plaque, les tubercules, les intervalles qui les séparent, sont rouge cuivré. Cette plaque peut se boursoufler et pousser en avant les tubercules. Quelquefois ceux-ci sont très-petits, très-rapprochés, se confondent et forment alors un bourrelet.

Chaque tubercule, d'ailleurs, est souvent surmonté par de petites squames dures, grisâtres, qui ne couvrent pas exactement tout le sommet. En général, ces tubercules ne se terminent pas par ulcération ; leur marche est très-lente ; ils ne déterminent ordinairement par leur présence ni cuisson, ni démangeaison. Plus tard, ils s'affaissent, et la résolution, bien que tardive, est ordinairement complète ; il ne reste aucune cicatrice. On rencontre principalement ces cercles tuberculeux aux membres supérieurs, quelquefois au front et au cou.

Tantôt, au contraire, les tubercules sont groupés sans aucun ordre, sans aucune espèce de symétrie, comme on peut le voir planche 6, fig. 4. Alors ils sont ordinairement petits; mais ils sont plus globuleux, plus arrondis, et se détachent mieux de la surface de la peau, car leur base est beaucoup moins large. D'ailleurs, ils sont brillants, d'un rouge cuivré des plus manifestes ; quelquefois, surtout au visage, cette rougeur s'étend bien au delà des surfaces qui sont le siége des tubercules; ils sont, dans ce cas aussi, accompagnés d'un léger gonflement. J'ai observé, en 1854, un malade déjà avancé en âge, qui avait un groupe de tubercules sur un côté de la racine du nez, le fond était d'un rouge des plus caractéristiques, et les tubercules rouges aussi avaient quelque chose de brillant. C'est certainement ici la forme de syphilide qui offre la couleur cuivrée proprement dite la plus tranchée. Quand on presse sur ces tubercules avec le doigt, on dirait la résistance de grosses têtes d'épingles. L'ulcération ne les envahit presque jamais; cependant il arrive, quelquefois, qu'après être restés longtemps stationnaires,

ils s'enflamment, les groupes se réunissent, et, sur des surfaces assez fortement tuméfiées, il s'établit des ulcérations profondes. Ce qui est le plus fréquent, et de beaucoup, c'est de voir ces tubercules, après être restés longtemps sans subir le moindre changement, diminuer de volume et perdre de leur coloration; la rougeur devient de moins en moins prononcée, et la résolution, au bout d'un temps variable d'ailleurs, est assez complète pour qu'il ne reste aucune trace de tumeur. C'est cette forme qu'on remarque le plus souvent à la face, surtout aux joues et aux lèvres.

Syphilide tuberculeuse disséminée. — Cette forme se répand partout sur la peau, principalement au visage; on la rencontre quelquefois avec des groupes, mais avec les groupes réguliers, ceux qui forment des cercles. Les tubercules sont quelquefois très-espacés; la peau qui les sépare est alors terne et flétrie. Ils sont d'abord petits, mais ils deviennent ensuite plus volumineux que les autres. Leur forme est le plus souvent irrégulière, leur base est large. Ils sont d'une teinte franchement cuivrée; la peau qui les recouvre paraît tendue; ils ont un certain luisant. Ils s'ulcèrent rarement et ne sont le siége d'aucune sécrétion.

Cette syphilide se développe et marche lentement. Les tubercules, comme je l'ai déjà dit, sont d'abord petits; ils grandissent et parviennent même jusqu'au volume d'une olive. Alors il y a un temps d'arrêt qui peut se prolonger. Puis ces tumeurs deviennent le siége d'une réaction sous l'influence de laquelle elles diminuent peu à peu de volume, s'aplatissent et disparaissent après deux ou trois septénaires, laissant seulement une tache qui persiste quelquefois encore un mois. Ou bien c'est une cicatrice unie, superficielle, cicatrice qui, cependant, n'a été précédée ni de suppuration, ni d'ulcération, ni d'aucune solution de continuité. Dans des cas exceptionnels, les tubercules s'ulcèrent, et alors, après la guérison, la cicatrice est plus profonde et plus inégale.

Syphilide tuberculeuse perforante. — Le nom de cette syphilide indique sa gravité. Les tubercules sont volumineux et en petit nombre, demi-sphériques, élevés au sommet, à base large, qui, quelquefois même, pénètre dans le derme et plus profondément. Ce sont les individus à peau fine et molle qui en offrent le plus d'exemples. On les observe presque toujours au visage; ils attaquent le nez, les lèvres, quelquefois le pavillon de l'oreille.

Ici c'est l'ulcération qui est la règle. Les tubercules, en effet, après un certain temps d'indolence, s'animent et s'ulcèrent au sommet, et cela de deux manières: 1° ou bien mous, peu douloureux, ils éprouvent

une perte de substance superficielle ; ce sont comme de petites collections purulentes qui se réunissent, s'ouvrent, d'où des croûtes peu sèches, peu adhérentes, et, à leur chute, reste une cicatrice qui ne va pas au delà du tubercule ; 2° ou bien le tubercule se tend, rougit davantage, devient douloureux et est entouré d'une plaque érythémateuse. L'ulcération entame son sommet, pénètre rapidement dans son épaisseur ; survient une croûte moins sèche, épaisse, dont la chute rapide laisse voir une ulcération profonde taillée à pic ; nouvelle croûte qui tombe encore ; nouvelle destruction se réparant au prix d'une cicatrice enfoncée, violacée, souvent coupée comme par un emporte-pièce, représentée par un quart, une moitié de cercle. Cette destruction porte ou sur une portion du cartilage de l'oreille, ou sur une portion des lèvres et surtout du nez. Quand de nouveaux tubercules se développent auprès des premiers, les ulcérations se confondent et les mutilations de la face peuvent la rendre hideuse. Il n'est pas rare de voir alors les deux ailes du nez dévorées et cet organe n'être plus représenté que par un gros bourgeon rouge. Dans les cas les plus rares, on voit des tubercules se réunir, vient un gonflement considérable, et par un effort de l'organisme ou un traitement rationnel, tout disparaît peu à peu, sans ulcération, sans suppuration. Mais, par malheur, souvent cette guérison n'est que temporaire, sous diverses influences, les tubercules reparaissent, s'ulcèrent, et l'on observe les dégâts que j'ai déjà fait connaître ; ou bien la réparation s'opère définitivement sans ulcération préalable.

Syphilide tuberculeuse serpigineuse. — Ici l'ulcération est plus superficielle que dans la forme précédente. Au lieu, comme tantôt, de détruire de dehors en dedans, c'est-à-dire en profondeur, la syphilide serpigineuse effleure pour ainsi dire la peau, mais en envahissant toujours de nouvelles régions. On a vu quelquefois ses cicatrices sillonner presque tout le tégument externe.

Cette syphilide peut être observée sur tous les points du corps, principalement sur le tronc, sur le visage, là où naissent beaucoup de poils. Les tubercules, répandus çà et là, sans ordre, sont peu nombreux d'abord et d'un volume qui va d'un gros pois à une noisette. Ils sont lisses, luisants, d'une teinte franchement cuivrée, restent stationnaires pendant quelque temps, puis l'ulcération s'en empare ; survient une croûte noire qui tombe. Si la réparation n'a pas eu lieu au-dessous d'elle, on voit une perte de substance peu profonde, grisâtre, qui se recouvre d'une autre croûte, mais alors moins noire, moins compacte.

L'ulcération s'agrandit par la destruction des tubercules déjà exis-

tants ou par de nouveaux tubercules qui surviennent à côté des premiers ou naissent sur un point de la cicatrice. Le tubercule précède toujours l'ulcération et semble la diriger. C'est quand un nouveau tubercule naît et prépare, pour ainsi dire, le terrain à l'ulcération, qu'on voit sur un point opposé la réparation s'effectuer. On peut donc constater en même temps, et dans une étendue peu considérable, 1° des tubercules qui préparent l'ulcération ; 2° l'ulcération grisâtre à bords taillés à pic ; 3° des points couverts de croûte ; 4° d'autres où la cicatrice est déjà formée.

Ces ulcérations laissent des cicatrices en général très-irrégulières, violacées, parsemées d'une foule de petits vaisseaux, avec des brides qui ressemblent à celles de la brûlure au troisième degré. Quelquefois le malade est stigmatisé presque partout par ces cicatrices qui peuvent revêtir les caractères des kéloïdes.

J'ai observé dans mon service, salle 10, n° 26, un malade très-remarquable par le nombre et l'aspect des cicatrices. Il était âgé de vingt-trois ans. Il avait eu près du frein des ulcérations qui furent accompagnées d'un écoulement assez abondant entre le gland et le prépuce ; il y eut en même temps phimosis. Ces ulcérations durèrent environ un an, paraissant et disparaissant alternativement ; elles furent pansées avec du vin aromatique et de l'extrait de Saturne, traitement qui avait été indiqué à l'hôpital du Midi. Point de bubons, point d'accidents du côté de la peau.

Un an après la guérison des ulcérations, angine pharyngée, traitée par un homœopathe qui fit prendre des globules pendant huit mois.

Deux mois après, c'est-à-dire il y a deux ans, éruption à la peau. D'après le rapport du malade, elle commença par un bouton (tubercule) rouge qui se montra à la jambe droite. Des boutons semblables apparurent à la cuisse droite, sur la hanche et la fesse gauche, à la partie postérieure des bras ; sur la figure, ils occupèrent le menton, le nez, le front et la région mastoïdienne gauche. Ces boutons exhalèrent bientôt un liquide qui se concrétait en croûtes. Le malade remarqua que ces croûtes étaient entourées d'un cercle rouge qui marchait pour ainsi dire devant elles. L'affection, en effet, ne restait pas stationnaire ; elle gagnait de proche en proche, disparaissant là où elle s'était primitivement développée, pour reparaître à côté en envahissant les parties voisines ; de manière que, la guérison précédant ou plutôt accompagnant l'ulcération, celle-ci n'occupait jamais à la fois qu'un espace très-circonscrit de la grandeur environ d'une pièce de 50 centimes. Dans les endroits où la croûte avait disparu se formait une cicatrice analogue à celle d'une brûlure du deuxième degré. Cette forme de cicatrisation

ne fut pas partout identique : en quelques endroits, au menton, à la nuque, au front, le malade vit à l'ulcération succéder des productions charnues qui prirent un assez grand développement. L'une d'elles, située au front, était de la grosseur d'une noisette ; elle fut enlevée par un médecin de Nantes, qui ordonna un sirop sudorifique et 200 pilules de proto-iodure. Sous l'influence de ce traitement, les ulcérations marchèrent assez promptement vers la guérison ; les tumeurs charnues, développées sur les cicatrices de la figure, parurent même diminuer de volume.

Aujourd'hui 15 mai 1851, environ trois ans après la première apparition de l'éruption, le malade ne présente plus ni tubercule, ni croûtes, ni ulcérations. A leur place, on trouve : à la jambe, aux cuisses, aux bras, de larges cicatrices de couleur rougeâtre, à bords irréguliers, recouvertes par une pellicule mince, transparente, et paraissant consécutives à l'ulcération des couches profondes du derme. A la face, les cicatrices sont en quelques endroits mates et blanchâtres ; ailleurs, elles prennent une couleur rouge vif ou rouge violet ; mais, sur certains points, on remarque quelque chose de singulier ; ainsi, sur les cicatrices qui recouvrent le menton et entourent la bouche, perpendiculairement au grand diamètre de cette dernière, et près de la commissure gauche, on voit une sorte de crête charnue d'environ 1 pouce et demi de longueur, peu épaisse, faisant un relief de 2 à 3 millimètres. Cette crête est rougeâtre, recouverte d'une pellicule mince, et elle a une grande analogie avec les brides consécutives aux brûlures. A la région mastoïdienne gauche se trouve une production semblable à celle du menton, mais beaucoup plus développée ; elle paraît être le résultat d'un boursouflement du tissu cellulaire sous-cutané, mis à découvert par l'ulcération du derme ; elle est rouge, de forme irrégulière, formant un relief d'environ 4 à 5 millimètres, occupant environ 2 pouces d'étendue, recouverte d'une pellicule bien organisée dont l'aspect rappelle celui des muqueuses exposées à l'air. Autour de cette production charnue, on aperçoit la cicatrice blanchâtre sur laquelle cette production fongueuse s'est développée. Le malade ne se plaint d'aucune douleur occasionnée par ces cicatrices vicieuses qui ne lui font éprouver de temps en temps que quelques démangeaisons. Point d'autres accidents syphilitiques [1].

§ 3. — *Causes des syphilides.*

En traitant des maladies consécutives, en général, j'ai dû nécessairement m'occuper des causes des syphilides, puisque ce sont les acci-

[1] Observation rédigée par mon ancien interne, M. Pellagot.

dents de cet ordre qui ont le plus de fréquence. Mais, à l'occasion de ces affections cutanées, on a soulevé des questions que je ne puis passer sous silence ici. On s'est d'abord demandé si la blennorrhagie pouvait être suivie de syphilide. Cette question n'en est plus une pour moi, ayant déjà prouvé qu'il y a des blennorrhagies syphilitiques. Ces blennorrhagies jouent alors le même rôle que le chancre. Ainsi le chancre comme la blennorrhagie peuvent également constituer le tempérament syphilitique, et les manifestations de ce tempérament tiennent non à sa cause, puisqu'elle est identique, mais à d'autres circonstances, à d'autres influences. Il est vrai qu'on a plus souvent noté le chancre induré dans les observations de syphilides, et cela pour la raison que voici : l'induration appelée caractéristique étant elle-même une manifestation de la diathèse et un accident consécutif, il n'est pas étonnant qu'il ait de grands rapports avec la syphilide. Mais ces rapports ne sont pas ceux qu'on lui assigne. Le chancre alors n'est pas *infectant*, il est plutôt *infecté*. Je veux dire que l'induration n'est pas cause, mais effet.

Ce que je viens décrire peut faire préjuger ma pensée sur la question de savoir s'il y a un vrai rapport entre certaines formes de la syphilis primitive et certaines variétés de syphilides, si le système de Carmichaël enfin est acceptable. Je réponds par la négative. Je ne crois pas, avec le syphiliographe anglais, que la blennorrhagie, ou ce qu'on appelle le chancre simple, soient les générateurs obligés de la syphilide papuleuse ; que la pustuleuse naisse du chancre à bords élevés (*uleus elevatum*) ; que le psoriasis ne pousse qu'après le chancre huntérien : je ne crois pas à ces rapports imaginaires, parce que j'ai vu la même forme de chancre être suivie de toutes les variétés de syphilides, et j'ai observé ces mêmes affections de la peau d'emblée, c'est-à-dire sans accident syphilitique préalable, sans blennorrhagie, sans chancre d'aucune espèce. Aussi n'ai-je pas compris qu'on pût faire renaître en France la doctrine de Carmichaël, ruinée déjà dans la patrie même de l'auteur.

Les questions les plus importantes, au point de vue de la pratique, se rattachent à l'influence du traitement sur l'apparition des syphilides, et surtout du traitement par le mercure. Dès qu'on eut prouvé que ce métal n'était pas indispensable à la réparation du chancre, on chercha à établir qu'il ne prévenait pas les accidents consécutifs, les syphilides ; enfin non-seulement son utilité fut contestée, mais on parla de ses dangers, on l'accusa de causer les syphilides au lieu de les prévenir, et les plus modérés prétendirent que les syphilides étaient moins graves quand le mercure n'avait pas été administré.

Il est très-vrai, et la preuve en a déjà été faite dans ce livre, que le

chancre peut se réparer sans le secours du mercure, et que tout peut être fini avec cette guérison de l'accident primitif. Ce fait d'observation qui est irrécusable, mais exceptionnel, ne détruit pas le fait tout aussi avéré de l'apparition plus fréquente et de la gravité plus grande des syphilides quand l'accident primitif n'a pas été traité, c'est-à-dire quand le mercure n'est pas intervenu.

Ainsi l'utilité du mercure est évidente; elle ne sera jamais contestée par un vrai praticien. L'utilité de ce métal comme préservatif des syphilides, et son efficacité comme moyen curatif, répondent suffisamment à ceux qui accusent le mercure de produire ces affections. Il y a cependant un argument encore plus direct; il est puisé dans l'observation des ouvriers continuellement exposés aux émanations mercurielles, et qui ont bien la salivation, le tremblement mercuriel, mais jamais aucune éruption ayant le moindre rapport avec les syphilides. Biett insistait beaucoup sur ce fait dans ses cliniques de l'hôpital Saint-Louis, là où un grand nombre de doreurs sur métaux venaient réclamer les soins de ce médecin. Si, à côté de ces ouvriers, on place ceux qui n'ont jamais eu de rapport avec le mercure, mais qui ont eu des chancres, puis des syphilides, on verra que les preuves contre les dangers du mercure sont surabondantes.

Après la cause première, qui est le virus syphilitique, et les autres influences dont il a déjà été question, pour que la syphilide naisse, il faut qu'il s'y joigne une cause occasionnelle. Selon M. Cazenave, qui admet toujours cet élément, *tout ce qui constitue l'étiologie des éruptions simples rentre pour les syphilides dans la classe des causes occasionnelles*. Ce sera tantôt un bain de vapeur, de mer ou de rivière, un excès de boisson, une infraction aux règles de l'hygiène, une affection morale vive; tantôt une plaie, une contusion, une fièvre intermittente, l'application d'un vésicatoire; tantôt enfin un froid vif, une fatigue excessive, l'administration d'un remède violent, etc. Il n'est pas toujours permis d'apprécier cette cause occasionnelle, mais l'observation a permis de constater qu'elle existe évidemment dans la plupart des cas. En janvier 1855 le froid fut très-intense. Je constatai, pendant ce mois, un nombre considérable de syphilides dans mon service à l'hôpital du Midi. Elles avaient la forme appelée *roséole papuleuse*.

§ 4. — *Diagnostic des syphilides.*

Le diagnostic de la syphilide a une grande importance. L'erreur qui la fait supposer quand elle n'existe pas peut jeter le trouble dans une famille et faire entreprendre un traitement spécial qui n'est pas tou-

jours sans inconvénient; l'erreur contraire porte le praticien à abandonner à elle-même une maladie dont la cure naturelle est très-rare, qui va en progressant et dont les ravages peuvent laisser des stigmates, des mutilations quelquefois hideuses.

L'habitude de voir des syphilides peut conduire le praticien à des succès qui l'élèvent dans la confiance des clients et lui procurent une des plus douces satisfactions : celle de guérir sans que la cure puisse être attribuée à la nature. Dernièrement je fus consulté par un commis qui éprouvait une difficulté extrême à mouvoir son bras, surtout à le soulever. Avec cette espèce de paralysie, il y avait un endolorissement de tous les muscles de l'épaule. Il ne pouvait plus auner et avait quitté le magasin depuis un an pendant lequel il avait consulté plusieurs praticiens et avait subi vésicatoires, sinapismes, électricité, bains de vapeur, etc. En l'examinant bien, j'aperçus au haut du front et à demi cachée par les cheveux une légère couronne brune, formée par une syphilide pustulo-papuleuse. Je promis au malade une guérison prompte, et vingt jours après il était rentré dans son magasin se servant parfaitement de son bras. J'employai immédiatement l'iodure de potassium, d'abord à deux grammes, puis à quatre grammes. Le malade finit par se rappeler qu'il avait eu une blennorrhagie à l'âge de 18 ans. Il avait 40 ans quand je le vis. Que ceci ne sorte pas de la mémoire du jeune praticien.

Pour établir le diagnostic, il faut avoir égard aux caractères communs et aux caractères qui constituent les formes, les variétés décrites à part. J'ai fait cette double étude avec assez de soin pour me permettre d'être bref ici. Ce sont surtout les caractères communs, ce qui tient à la couleur, à la forme, dont on tirera le meilleur parti dans les cas embarrassants. On sera singulièrement éclairé par les autres affections syphilitiques qui marchent avec les syphilides ou les précèdent : ainsi les pustules muqueuses ou d'autres affections du tégument interne ou externe, car il est rare qu'une syphilide soit le seul symptôme syphilitique et qu'elle ne soit pas accompagnée par une autre syphilide. Alors ces deux affections de la peau se dénonceront mutuellement. Les antécédents devront être interrogés avec soin. Mais l'infection première peut s'être opérée de manière à pouvoir être ignorée des malades : il en est qui ont gagné par un baiser qu'ils croyaient innocent une affreuse syphilide. Le temps qui s'est passé entre la contagion première et la syphilide peut avoir fait oublier celle-ci. Elle peut aussi être niée par le malade qu'une fausse honte porte au mensonge, et il est des conditions sociales qui ont empêché les médecins de porter leurs investigations jusqu'à la vie intime. Ainsi, pour plusieurs causes, les an-

técédents peuvent nous faire défaut, ce qui n'est pas une raison de leur enlever leur valeur et de négliger d'aller à leur recherche.

Pour confirmer ou infirmer les soupçons qui naissent des antécédents, et lever les doutes sur les caractères de l'éruption, on a proposé un traitement spécial, un traitement mercuriel. Il est très-vrai que c'est surtout contre les syphilides que le mercure agit et agit activement; cependant ses effets ne sont pas assez nets, assez prompts, pour les faire servir au diagnostic, car on a vu la syphilide la plus manifeste, la moins contestée, résister à toutes les préparations mercurielles connues, et il en est qui ne sont modifiées par ces préparations qu'après un temps très-long. Bien plus, il est des éruptions nullement vénériennes sur lesquelles le mercure a un effet d'une prompte efficacité. Du reste, c'est toujours une mauvaise manière que de demander la lumière là où il faut la porter; or, on sait que la thérapeutique est remplie d'obscurités. C'est dans un autre ordre de moyens qu'il faut chercher un diagnostic précis, utile. Ces moyens sont puisés dans l'étude approfondie des caractères qui distinguent les syphilides, dans leur connaissance, dans leur appréciation pratique. On s'efforcera d'abord d'établir la nature spéciale de la maladie; on cherchera si elle offre ces caractères communs qui rendent les affections vénériennes si remarquables; on consultera donc la physionomie syphilitique. Je crois avoir suffisamment établi ces caractères communs. C'est une couleur toute spéciale de l'éruption elle-même, c'est une teinte particulière aussi des parties saines, teinte qui s'harmonise avec la coloration des places malades; une disposition, un dessin qui semble appartenir surtout aux syphilides, et qui, joint aux autres caractères, devient la base du diagnostic. Si l'on a bien connu les caractères communs à toutes les éruptions syphilitiques, si l'on a pu les observer de près plusieurs fois, ils deviennent tellement manifestes que l'on peut, au premier aspect, et même à distance, reconnaître une syphilide. Je rappellerai ce que j'ai déjà dit de la coïncidence des syphilides avec d'autres affections de même nature sur le tégument interne, externe ou ailleurs, enfin, je signalerai l'importance de ce qu'on a appelé les symptômes concomitants.

Cette première partie du diagnostic est la plus importante; c'est par elle que l'on arrive à préciser la nature, la forme spéciale de l'éruption. Une fois ce point établi, on étudie la forme, on cherche à quel ordre l'éruption appartient. « C'est alors, dit M. Cazenave, que l'on doit appliquer avec fruit la méthode de Willan; c'est alors aussi qu'il faut s'armer d'une attention scrupuleuse, s'étayer de toutes les connaissances acquises par l'observation. En effet, le diagnostic de forme est souvent

entouré des plus grandes difficultés que l'on conçoit, si l'on se rappelle que bien que les éruptions vénériennes suivent une marche essentiellement chronique, les lésions élémentaires, souvent peu marquées, laissent après elles d'autres lésions qui peuvent les faire méconnaître, on verra que, pour certaines formes surtout, ces lésions sont si souvent passagères qu'il est impossible de les apprécier : par exemple, dans presque toutes les éruptions vésiculeuses, dans la syphilide pustuleuse lenticulaire. »

§ 5. — *Pronostic des syphilides.*

Le pronostic des syphilides elles-mêmes n'est pas grave ; dans un grand nombre de cas les dangers viennent des complications, des récidives, car les retours en général affectent plus profondément la peau. Les syphilides, dans leur ensemble, forment deux grands groupes. Un groupe qui, le plus souvent, apparaît peu après l'accident primitif, qui revêt une forme relativement plus aiguë, qui s'étend beaucoup en surface ; c'est le groupe que j'appellerai superficiel, bénin : il se compose principalement de la roséole, des papules, des pustules superficielles et nombreuses. L'autre groupe est tardif, plus souvent chronique, arrive après le premier, surtout quand il est mal traité ; il s'étend en profondeur et non en surface ; il est malin relativement à l'autre. Les pustules profondes, les syphilides pustulo-crustacées, l'ecthyma tardif, peu nombreux, mais profond, qui vient aux membres, aux jambes, le rupia, les tubercules qui envahissent la face ; ces syphilides qui viennent un peu tard, avant les affections osseuses, avec elles ou très-tard après même les exostoses, sont très-graves, parce qu'elles épuisent la constitution et laissent des traces indélébiles, quelquefois des mutilations qui malheureusement, portent, le plus fréquemment, sur la face et rendent le sujet hideux. Ajoutez les difficultés du traitement, bien plus grandes ici que dans la première catégorie, et vous verrez de combien les formes profondes et chroniques sont plus graves que les formes aiguës et superficielles. Je dois encore prévenir ici l'élève d'éviter l'absolu dans cette classification des syphilides au point de vue du pronostic, car il pourra lui arriver d'observer tardivement des syphilides très-superficielles et peu compromettantes comme certains herpès à très-petites vésicules, ou bien ce seront de légères efflorescences, des inflammations superficielles des muqueuses les plus voisines de la peau.

Le pronostic dépend aussi du traitement. Or, comme il est prouvé que c'est souvent, mais non toujours, par les récidives que la syphilide devient de plus en plus profonde, on devra les éviter. Le meilleur

moyen, c'est un traitement méthodique dans lequel le mercure devra presque toujours entrer. Il est vrai que le traitement le mieux ordonné, le mieux suivi, ne met pas toujours à l'abri des récidives; mais, comme il est bien constaté aussi que les retours sont beaucoup plus fréquents dans les cas qui n'ont pas été traités ou dont la thérapeutique a été mal dirigée, mal suivie, on devra toujours traiter et bien traiter les premières syphilides, et, ce qui vaudra beaucoup mieux, soigner les accidents primitifs, pour que les syphilides ne se produisent pas ou qu'elles apparaissent sous des formes bénignes et faciles à combattre.

§ 6. — *Traitement des syphilides.*

Le traitement des syphilides est interne ou externe.

TRAITEMENT INTERNE.

Ayant déjà donné un soin tout particulier au traitement interne des *maladies vénériennes dites consécutives*, et les syphilides étant les plus fréquentes de ces maladies, je puis être très-bref ici. Je dois cependant rappeler et ajouter quelques détails.

Il est évident que le mercure doit être la base de la thérapeutique. La forme la plus souvent employée, c'est le *proto-iodure*. Selon moi, on ne doit renoncer au mercure que dans des cas de répulsion très-marquée de la part de l'organisme, et encore ne doit-on pas y renoncer pour toujours. J'ai vu, en effet, des sujets d'abord manifestement antipathiques au mercure qui étaient affectés d'une manière fâcheuse du côté du ventre, de la bouche ; il y en avait dont la constitution s'affaissait sous les moindres doses de ce modificateur, et qui, tonifiés par certaines préparations iodées ou ferrugineuses, pouvaient, après ce traitement préalable, accepter, supporter le mercure, et lui devaient finalement leur guérison. J'ai déjà fait connaître ces faits pratiques. Je répète que je préfère commencer par de petites doses de mercure, car je crains, par les fortes doses, de me trouver dans la nécessité de suspendre le traitement, ce qui est très-fâcheux, ce qui prépare les récidives et crée des difficultés à la thérapeutique à entreprendre plus tard. Cependant je dois dire qu'il m'arrive de suspendre l'administration du mercure, même quand il est bien supporté; mais c'est quand il a déjà été employé pendant un temps assez long, par exemple, pendant deux mois, et cela sans influence marquée sur la marche de la syphilide. Alors si le sujet conserve des forces, je lui donne tous les matins un verre d'eau de Sedlitz ou de citrate de magnésie, et je reviens plus tard au mer-

cure, qui, dans le plus grand nombre des cas, alors, modifie avantageusement la syphilide, et cela à la même dose qui avait été impuissante, avant le repos, avant le purgatif répété. Souvent, au lieu de revenir à la même formule, je change; j'administre alors avec avantage, la liqueur de Van Swieten seule ou alternant avec des préparations iodées ou ferrugineuses. C'est un *traitement mixte*, que j'institue alors.

Je dois dire qu'il ne faut pas exagérer encore l'influence du mercure et croire que lui seul peut guérir et que l'iodure ne peut être efficace que dans les affections plus tardives, celles qu'on a appelées tertiaires. D'abord les syphilides profondes peuvent très-bien être guéries par l'iodure et j'en ai vu de superficielles qui ont cédé à ce même moyen après avoir résisté au mercure.

Il est encore beaucoup de praticiens qui ajoutent aux moyens déjà indiqués les sudorifiques.

Ici, comme quand il s'est agi du traitement des accidents primitifs, surgit une question difficile à résoudre, celle de la durée du traitement. « En général, dit M. Cazenave, dans les formes légères et récentes, si la maladie a disparu rapidement dans l'espace de six semaines, un mois par exemple, on doit continuer le traitement un mois encore, en divisant ce temps en trois portions, une dans laquelle le malade continue le traitement complet, deux autres dans lesquelles il diminue successivement d'un tiers. Si le traitement a duré plusieurs mois, on devra laisser reposer le malade plusieurs jours après sa guérison, puis lui faire recommencer quinze jours plus tard l'emploi des mêmes moyens avec la même sévérité d'abord pendant plusieurs semaines. » M. Cazenave recommence ainsi deux ou trois fois, suivant la gravité du mal passé. Dans les formes graves, on insistera encore plus longtemps; et quand, après un long repos, le médicament ayant été du reste facilement supporté pendant toute la durée du traitement, il se manifeste des accidents d'intolérance, c'est pour le médecin de Saint-Louis le signe le plus caractéristique que le traitement est complet.

TRAITEMENT EXTERNE.

On peut favoriser la guérison des syphilides, hâter leur disparition, calmer certains accidents locaux, par des moyens externes, des topiques.

Les bains généraux simples, amylacés, gélatineux, trouvent une application utile dans les cas de complications inflammatoires, quand il y a des phénomènes de surexcitation un peu prononcés. On fait aussi usage, dans ces cas, de fomentations émollientes sédatives, et même

opiacées. M. Cazenave se prononce ici contre les cataplasmes recommandés par plusieurs praticiens, surtout si on les applique dans le but de faire tomber les croûtes de certaines syphilides. En mettant à nu les ulcérations, on les rend douloureuses; elles prennent un mauvais aspect, grandissent et se recouvrent bientôt d'ailleurs d'une croûte nouvelle. Il vaut beaucoup mieux que la chute de la croûte soit spontanée, c'est-à-dire qu'elle soit une conséquence d'un traitement rationnel qui a amené la réparation de l'ulcère.

Dans les cas d'éruptions abirritatives, les bains, les douches de vapeur simples, sont employés avec avantage. Les formes papuleuses, tuberculeuses, squammeuses, sont promptement modifiées par ces moyens. La guérison des syphilides exanthématiques, du lichen, de l'impétigo syphilitique, est hâtée par les bains d'amidon et de gélatine. M. Cazenave fait grand cas des bains alcalins dans la plupart des syphilides pustuleuses, surtout quand l'état de sécheresse des croûtes semble indiquer que les ulcérations sont réparées. Ce médecin prétend que les bains sulfureux ne trouvent ici aucune indication spéciale.

Il y a deux espèces de bains plus spéciaux que ceux qui ont déjà été mentionnés : ce sont les bains de sublimé et les fumigations de cinabre. Selon M. Cazenave, les bains de sublimé sont des moyens au moins infidèles, même comme auxiliaires, dans la thérapeutique des syphilides. Considérés comme topiques, ces bains seraient rationnels; mais ils ne pourraient être employés seuls comme composant un traitement général. Les bains de vapeur de cinabre sont au contraire généralement approuvés. MM. Ricord et Cazenave s'accordent sur ce point. Les fumigations cinabrées peuvent être générales et locales.

Les pommades ne sont employées qu'exceptionnellement. Celle au proto-iodure a généralement la préférence. M. Cazenave se sert de la formule suivante :

Pommade au proto-iodure de mercure.

Proto-iodure de mercure............	1 gramme.
Axonge..........................	30 grammes.

On panse avec cette pommade les ulcérations du lupus syphilitique.

Pour ce même lupus, si l'on désire modifier plus activement les tissus non ulcérés, on fait usage de la pommade suivante, qui est un véritable escarrotique :

Pommade au deuto-iodure de mercure.

Deuto-iodure de mercure............	30 centigr.
Axonge..........................	30 grammes.

On s'est bien trouvé de la pommade au goudron de M. Émery, dans les cas de syphilides squammeuses. Voici la formule :

Pommade au goudron.

Goudron	100 grammes.
Axonge	300 grammes.

Les cautérisations sont en général rejetées.

Quand les croûtes du rupia syphilitique sont tombées à la faveur de quelques cataplasmes, M. Ricord panse l'ulcération avec de la charpie imbibée dans la solution suivante :

Solution iodurée.

Eau distillée	200 grammes.
Teinture d'iode	6 grammes.
Iodure de potassium	1 gramme.

On ne saurait trop recommander l'application du sparadrap de Vigo cum mercurio dans la plupart des syphilides. J'ai déjà fait mention d'un beau cas de guérison rapide de plusieurs ulcérations très-graves, très-étendues et serpigineuses. C'est peut-être le moyen qui hâte le plus la disparition des symptômes. On comprend quelle importance peut avoir cet emplâtre, surtout quand il s'agit de certaines syphilides de la face. J'ai vu des pustules de cette région, modifiées très-rapidement par le Vigo, perdre leur aspect accusateur en très-peu de temps, et cela sur une personne qui par profession devait se montrer tous les jours en public.

ARTICLE II.

Maladies des dépendances de la peau.

§ 1er. — *Chute de l'épiderme.*

Déjà, dans le précédent article, il a été question d'une altération de l'épiderme, c'est quand j'ai décrit la syphilide squammeuse, laquelle devient cornée à la plante des pieds, à la paume des mains. En dehors de cette syphilide, il est certaines altérations de l'épiderme qu'il est bon de signaler ici. On voit en effet, et cela pour tout accident consécutif, l'épiderme s'épaissir un peu, se décolorer, devenir plus blanchâtre, grisâtre, puis se détacher par petits disques et laisser au-dessous le corps papillaire recouvert seulement par une couche très-mince d'un épiderme nouveau. Ces phénomènes se produisent surtout à la paume des mains. Quand ces plaques se multiplient, se touchent, se confon-

dent, la chute de l'épiderme peut s'opérer dans une assez grande étendue; les doigts sont quelquefois ainsi dénudés. Certains auteurs ont appelé *pelade* cette chute de l'épiderme des mains, des pieds et d'autres points du corps.

Quelquefois l'épiderme tombe par desquamation extrêmement fine, furfuracée, et cela au cuir chevelu, quand il y a alopécie, même quelquefois sans chute des cheveux. On rencontre aussi ces affections de l'épiderme à la face, dans la barbe, aux sourcils. Souvent cette chute de l'épiderme est une suite d'une affection érythémateuse impétigineuse ou papuleuse. C'est le *pityriasis* des auteurs.

§ 2. — *Alopécie.*

Ceux qui ont étudié les diverses classifications des accidents syphilitiques savent qu'une des premières appartient à Fernel. Pour ce grand médecin, le virus vénérien n'envahissait pas d'emblée l'ensemble de l'organisme; il l'attaquait par couches, et cela de l'épiderme vers les parties profondes jusqu'aux os. Fernel, d'après cette théorie, établissait quatre degrés de la vérole : dans le premier, le virus s'insinuait comme une vapeur sous l'épiderme, d'où chute des poils, des cheveux. On peut certainement négliger la théorie de Fernel, comme toutes les théories; mais le fait d'observation reste : il est très-vrai que l'alopécie est une des premières manifestations de la vérole. Ici il est de toute nécessité de distinguer l'alopécie partielle de l'alopécie générale, universelle, de la chute de toutes les parties du système pileux. Sans cette distinction, il y aurait impossibilité d'expliquer les différences d'opinion qui existent sur l'alopécie et de commencer une histoire vraiment sérieuse de cet accident. Il est évident que si M. Desruelles avait établi cette distinction, il lui eût été impossible d'avancer que l'alopécie a presque entièrement disparu [1], qu'on ne l'observe plus, et M. Lagneau surtout ne l'aurait pas déclarée extrêmement rare. Si ces auteurs entendent parler de l'alopécie générale, universelle, ils ont raison. Mais ils seraient tout à fait en dehors de l'observation, s'ils contestaient la fréquence de l'alopécie partielle. Ce phénomène, en effet, est commun au début de la diathèse, quand il y a céphalée, douleur rhumatoïde. M. Baumès, qui est de mon avis sur ce point, dit « qu'on observe cette chute partielle des cheveux après des affections toutes récentes, chancres ou blennorrhagies [2]. » Il y a alors quelquefois éruption furfuracée,

[1] T. II, p. 411.
[2] P. 612.

légère desquamation de l'épiderme à la racine des cheveux et des poils qui se détachent ; mais quelquefois la chute a lieu sans altération apparente de l'épiderme. Le frottement, une légère traction, l'action du peigne, entraînent les cheveux. Il en est quelquefois de même pour les poils, mais c'est beaucoup plus rare.

Dans l'alopécie partielle, les bulbes pileux ne sont pas toujours atteints, ou du moins ils ne le sont pas de manière à empêcher les cheveux de repousser. Il n'en est pas de même des poils, ce qui prouve que, quand ceux-ci sont atteints, la vérole est plus profonde.

M. Reynaud, de Toulon, a constaté que, dans l'alopécie partielle, la chute s'opérait en suivant une courbe, et que la tendance circulaire que j'ai signalée quand il a été question des caractères généraux des syphilides, se manifestait encore ici. Les cheveux donc, en tombant ainsi, dégarnissaient des disques du cuir chevelu, ce qui faisait de petites tonsures. Cela pourrait aussi arriver pour la barbe.

En général, la chute du système pileux pendant la première période de la vérole n'affecte pas cette disposition ; les cheveux s'éclaircissent, voilà tout ; quelquefois même ils tombent en si petit nombre et, pour ainsi dire, d'une manière si discrète, que les éclaircies sur la tête ne sont pas remarquées. C'est au peigne seul que la personne reconnaît qu'elle est affectée d'alopécie, et les individus peu soigneux de leur personne peuvent ignorer complétement ce phénomène de leur maladie ; cette circonstance fait qu'on note rarement ce phénomène dans les observations, et que de bons esprits ont pu dire que l'alopécie était très-rare.

L'alopécie générale, universelle, est réellement rare, car elle n'a lieu qu'aux dernières périodes de la diathèse, et souvent quand il y a déjà cachexie syphilitique. C'est ce degré de l'alopécie qui, selon Brassavole, « donne aux malades une figure ridicule ; car on ne peut s'empêcher de rire, dit-il, en voyant des hommes sans barbe, sans sourcils et sans poils aux paupières [1]. » J'ai observé une alopécie complétement universelle chez un homme qui a été vu par plusieurs syphiliographes de Paris, car il a traîné ses infirmités d'un service à l'autre. La vérole l'avait atteint si profondément, que toute l'habitude de son corps était changée ; sa virilité était complétement annulée, et il était si dégradé, que son sexe n'était presque plus apparent. Brassavole l'aurait trouvé plus que ridicule. Tous ses cheveux, tous ses poils étaient tombés : sourcils, barbe, poils du pubis et des aisselles, tout manquait. L'observation complète de ce sujet a été insérée par M. de Castelnau dans les *Annales de la syphilis*, t. Ier. Il y a actuellement (février 1855), dans mon service à

[1] *De morbo gallico.*

l'hôpital du Midi, un malade en convalescence d'un eczéma syphilitique qui a envahi toute la face, le crâne et la partie supérieure du corps jusqu'à la ceinture. Tous les cheveux, tous les poils de ces parties sont tombés, ceux des sourcils et les cils compris. Eh bien! ce malade a vu repousser tout son système pileux après un traitement complet. Il a vingt-quatre ans.

On a accusé le mercure de produire l'alopécie, comme on l'a accusé de tous les accidents consécutifs. M. Desruelles a formulé le plus vivement l'accusation, et l'on sait que les autres élèves de Broussais ont applaudi. Ceci n'a rien qui doive surprendre ceux qui savent tout ce que peut dicter un faux système et tout ce qu'il peut enfanter. Il y a eu en réalité et il y a encore des hydrargyrophobes. Mais ce qui doit étonner, c'est de voir des hommes qui n'ont jamais été passionnés ni pour Broussais ni pour son école, des hommes d'un vrai mérite, qui absolvent la vérole et accusent plus ou moins directement le mercure. M. Gibert est de ce nombre [1].

Il y a cependant deux preuves faciles à faire pour absoudre le mercure et pour condamner le virus. D'abord c'est d'observer les ouvriers soumis journellement aux émanations mercurielles, et de voir ce qui se passe chez les vérolés qu'on abandonne, ou auxquels on ne donne pas de mercure. Les premiers, les doreurs, par exemple, auront des stomatites, le tremblement mercuriel, mais jamais l'alopécie, excepté l'alopécie sénile. Les vénériens, au contraire, si on ne les traite pas, auront souvent l'alopécie partielle, locale d'abord, et si l'on persiste à ne pas les traiter et que la diathèse aille jusqu'à la cachexie, ils pourront avoir l'alopécie générale, être tout à fait privés de leur système pileux.

Ainsi, le fait de l'alopécie est réel : il s'offre fréquemment à l'observation sous sa forme bénigne, discrète; c'est une des premières manifestations de la vérole. Le fait de l'alopécie générale est réel aussi, mais bien moins fréquent; on l'observe dans les dernières périodes de la diathèse. Les deux formes de l'alopécie sont indépendantes de l'administration du mercure. Ce métal, au contraire, est le seul ou au moins le meilleur moyen d'éviter cet accident ou de l'arrêter, d'empêcher qu'il ne devienne général. Quand il a ce dernier caractère, il est incurable, c'est-à-dire que tout espoir de voir repousser le système pileux est perdu. Il peut y avoir des exceptions. Le malade que j'ai cité tantôt semble en fournir une. Mais on remarquera qu'il n'y avait pas ici cachexie; que la chute des poils était survenue à la suite d'un eczéma et que le malade n'avait que vingt-quatre ans. Quand, au contraire,

(1) Voyez son *Manuel*, p. 433.

l'alopécie est partielle, qu'elle a lieu au début de la diathèse, la guérison en général est complète, c'est-à-dire qu'on peut voir repousser les cheveux. Pour arriver à cet heureux résultat, on a inventé une foule de lotions, de pommades, qui, selon moi, n'ont aucune influence. Je le répète, c'est au mercure qu'il faut s'adresser.

§ 3. — *Onyxis.*

La matrice de l'ongle subit quelquefois, sous l'influence du virus syphilitique, des altérations qu'on a rapportées à une inflammation plus ou moins aiguë. Il y a souvent aussi ulcération, mais dans beaucoup de cas on ne constate qu'une sécrétion viciée de la matrice de l'ongle ; quelquefois, mais plus rarement, il y a chute de l'ongle sans altération appréciable de la peau.

L'inflammation ulcérative de la matrice de l'ongle est précédée par un gonflement peu douloureux autour, mais principalement vers la racine de l'ongle. La peau se colore alternativement en rouge cuivré et en rouge violacé. Cette partie du tégument, qui semble d'abord se ramollir, se creuse d'une ulcération à fond grisâtre, baveuse, sur laquelle est répandu un liquide sanieux qui a une odeur fétide et toute particulière. D'autres fois, au contraire, le bourrelet, qui s'est arrondi et replié sur lui-même, se prolonge de chaque côté de l'ongle et en est séparé par du pus que l'on fait sourdre de tous les côtés en exerçant une pression sur la peau ainsi tuméfiée. Ce pus est souvent mêlé à du sang noirâtre. Il y a alors de vives douleurs. M. Cazenave dit avoir observé plusieurs fois l'insomnie dans de pareils cas. Il est rare d'ailleurs que la peau ne finisse pas par s'ulcérer : dans ce cas, la plaie, plus étendue, laisse plus largement à découvert la racine de l'ongle. Quelle que soit la marche de cette inflammation, le pus, qui baigne sans cesse et la matrice et l'ongle, décolle complétement celui-ci, qui, par sa chute, laisse à découvert la matrice, laquelle peut ne pas être ulcérée, et, dans ce cas, l'ongle ne tarde pas à se reproduire, pour peu que la maladie marche vers sa guérison ; ou bien, la matrice est ulcérée, fongueuse, entourée d'un bourrelet saillant, ulcéré lui-même dans presque toute son étendue, et alors l'ongle ne se reproduit pas ; l'ulcération syphilitique est remplacée par une cicatrice froncée et quelques petites plaques cornées tout à fait informes. Cette variété de l'onyxis, qui a été bien décrite par Delpech, est rare ; elle atteint les orteils et les doigts, mais plus souvent les doigts ; elle complique des symptômes plus ou moins graves de la syphilis.

En général, l'inflammation de la matrice de l'ongle ne va pas jusqu'à

l'ulcération. Dans ce cas, la peau reste intacte. Il y a quelquefois des douleurs assez vives sous l'ongle lui-même, mais pas de gonflement de la peau, pas de suintement purulent. La sécrétion de la matière cornée est viciée, et l'ongle peut présenter une foule d'altérations diverses. « Tantôt, piqueté dans plusieurs points, il devient seulement grisâtre, sec et cassant à son extrémité libre; tantôt, indépendamment de ces altérations, il s'épaissit dans les deux tiers de son étendue; il devient opaque, chagriné, sa surface exfoliée est rugueuse, inégale; et, chose remarquable, il y a ordinairement une ligne de démarcation bien tranchée qui sépare cette partie malade de la partie saine, représentée habituellement par une surface qui commence un peu au delà de la lunule, surface où l'ongle conserve son éclat, son poli, sa couleur. Dans quelques cas, cependant, l'altération de structure est générale, et l'ongle est converti en une production cornée sèche, grisâtre, chagrinée, très-friable. Cette forme, qui était bien connue des anciens, est, je le répète, très-commune; il est même rare qu'une syphilis existe depuis longtemps sans que les ongles du malade soient plus ou moins altérés. Elle est toujours secondaire. C'est quelquefois le seul symptôme qui traduise une syphilis consécutive [1]. »

Voici une observation d'ulcération de la matrice de l'ongle; elle se rapporte au sujet qui a fourni le dessin de la planche 6.

Le nommé Feutrier (Auguste), âgé de vingt-trois ans, profession de cuisinier, tempérament lymphatique, constitution détériorée. Entré le 13 septembre 1851, salle 9, lit nº 13.

1850 (septembre). — Chaude-pisse qui a duré cinq semaines, sans aucune complication. Entièrement guéri par le copahu.

1850 (octobre). — Bubon traité par M. Puche, qui a transmis les renseignements suivants : 1° deux adénites indolentes, 2° un ganglion cervical à gauche. Est sorti non guéri le 1er novembre, après avoir pris 100 grammes de bromure de potassium.

1851 (mars). — Chaude-pisse qui a duré dix jours; elle fournissait un muco-pus peu abondant, complétement tari sous l'influence d'injections d'extrait de Saturne.

1851 (juin). — Bubon inguinal droit, douloureux, traité par les antiphlogistiques. A ce moment, aucune ulcération sur le gland ou à l'anus. Cinq semaines avant le bubon, douleurs péri-articulaires très-intenses.

1851 (juillet). — Ulcération à l'anus. A partir de ce moment, le malade commence à prendre des pilules ordonnées par un médecin de la

[1] Cazenave, *Traité des syphilides*, p. 429,

ville. Cette ulcération dura quatre ou cinq semaines; au moment de sa cicatrisation (août), le testicule droit se gonfla en très-peu de temps; il devint douloureux; néanmoins, à l'aide d'un suspensoir, le travail était possible. Bientôt le testicule gauche fut également envahi. Vers la fin d'août, sur tous les membres inférieurs, éruption exanthématique. En même temps des croûtes se montrent à la racine des cheveux qui commencent à tomber; de plus, des ulcérations envahissent la matrice des ongles du médius et de l'annulaire de la main droite.

Quinze jours après l'apparition de ces accidents, le malade se présente à l'hôpital du Midi. Aucun écoulement, point d'ulcération ni de traces d'ulcération à l'anus, lequel ne paraît pas infundibuliforme. Sur les membres inférieurs, éruption roséolique, qui en quelques endroits se convertit en taches jaunâtres, subissant une sorte de desquamation. Ganglions de l'aine et du cou engorgés, mais non douloureux.

Les deux testicules sont augmentés de volume, et l'engorgement occupe surtout l'épididyme. La tunique albugineuse n'est point dure au toucher. Le testicule droit est plus engorgé que le gauche; tous les deux sont d'une insensibilité presque complète à la pression.

L'ongle de l'annulaire droit est tombé, et toute la matrice est envahie par une ulcération grisâtre, rendant un pus de mauvaise odeur. L'ongle du médius est détruit vers sa racine. La lunule est détruite et l'ongle est dévié, comme on le voit planche VI. Le malade avait souffert au bout des doigts, mais au moment de l'entrée les douleurs avaient disparu.

Le 19 septembre, le malade est mis à l'iodure de potassium; 3 grammes.

Le 23 septembre, l'induration du testicule droit est entièrement disparue; il ne reste plus qu'une insensibilité presque complète à la pression. Le malade demande sa sortie; il ne veut pas compléter son traitement à l'hôpital.

Outre le fait d'une ulcération remarquable de la matrice de l'ongle, on voit ici les deux testicules affectés de ce qu'on a appelé sarcocèle syphilitique, et cependant les épididymes seuls sont engorgés; la substance même du testicule est intacte, ce qui est en opposition avec ceux qui prétendent que le sarcocèle syphilitique affecte exclusivement la glande elle-même.

Le traitement général de l'onyxis est celui de la vérole confirmée. Seulement, comme c'est un symptôme profond, qu'on observe souvent chez des sujets affaiblis, on ne devra pas trop insister sur le mercure et y associer l'iodure de potassium. On a vu que le sujet de l'observation que je viens de donner n'avait pris que de l'iodure; c'est parce qu'il

était débilité et parce que l'affection testiculaire accusait une vérole déjà profonde.

Mon intention était d'ajouter le proto-iodure de mercure quand le sujet aurait repris des forces. Mais, comme je l'ai dit, ce malade voulut sortir de l'hôpital dès que son état fut un peu amélioré.

Quant au traitement local, il doit différer selon le plus ou moins d'acuité de l'onyxis, selon les douleurs dont il peut être le siége et la période de la maladie.

Les bains émollients locaux, auxquels on ajoute du laudanum, les cataplasmes de même nature, devront être préférés quand l'inflammation a un caractère aigu, quand les douleurs sont vives. Après avoir apaisé l'inflammation, on se bornera à des pansements avec le cérat au calomel; on fera aussi des lotions avec l'eau chlorurée étendue. Enfin, dans les cas d'ulcérations indolentes fongueuses, on fera de légères cautérisations avec le nitrate d'argent tous les trois jours, et l'on pansera avec l'emplâtre de Vigo.

ARTICLE III.

Maladies des membranes muqueuses.

Les membranes muqueuses ont des rapports trop intimes avec la peau pour ne pas prendre part à ses maladies, surtout quand elles ont pour cause essentielle un poison. On voit en effet dans toutes les affections cutanées par miasme, par poison morbide, les muqueuses souffrir plus ou moins, et en général, les manifestations sont surtout apparentes du côté de la gorge, du nez, des voies respiratoires. Ainsi, avec la scarlatine, il y a une angine caractéristique; avec la rougeole, les muqueuses nasale, laryngienne, sont affectées, et l'on sait que le coryza n'est pas rare dans la variole; avec la suette, il y a souffrance de la muqueuse buccale exprimée par des aphthes, et quelquefois une éruption sur la langue qui la dépouille. Les affections syphilitiques de la peau ont aussi leurs analogues du côté des muqueuses, surtout la muqueuse de la cavité buccale, et l'on peut dire que pendant presque toutes les syphilides externes il y a des syphilides internes. Dans ces derniers temps M. Cullerier a attiré l'attention sur une lésion de l'intestin qui pourrait avoir des rapports avec la syphilis. Selon ce médecin il serait possible que tous les symptômes que nous observons du côté du ventre pendant une vérole que l'on traite, ne fussent pas dus aux préparations mercurielles généralement accusées alors. Il se pourrait qu'au lieu d'être produite par le remède l'affection fût réellement une

des lésions de la vérole. M. Cullerier a publié quelques observations qui ne sont pas de nature à établir définitivement l'existence d'une syphilis intestinale, mais qui sont suffisantes pour attirer l'attention des observateurs sur ce point.

Comme les syphilides de la peau, les syphilides des muqueuses sont souvent suivies d'ulcérations, et même plus souvent qu'elles ; ces solutions de continuité affectent volontiers la forme allongée et constituent ce qu'on appelle des rhagades. C'est ce qu'on observe surtout à l'anus, à la langue, au coin des lèvres.

Les affections des muqueuses d'ailleurs constituent un des caractères les plus tranchés de la syphilis constitutionnelle ; mais, en général, elles sont peu graves et disparaissent promptement par le traitement mercuriel. Mais ce sont aussi les affections qui se reproduisent avec le plus de facilité, le plus de promptitude, quand ce traitement n'est ni méthodique ni complet.

Les syphiliographes modernes ne se sont pas seulement bornés à constater la coïncidence des affections de la peau et des affections des muqueuses ; il en est, tels que MM. Babington et Baumès, qui ont trouvé sur le tégument interne la répétition des formes éruptives étudiées dans l'article précédent, quand il s'est agi des syphilides proprement dites.

En décrivant les maladies des principales muqueuses, je montrerai si cette idée est complétement justifiée. Je commencerai par la muqueuse buccale qui offre le plus d'exemples de syphilides internes.

§ 1er. — *Muqueuse buccale.*

Ici M. Baumès établit trois formes :

1° L'angine, qui correspond à la syphilide exanthématique, se manifeste par des plaques plus ou moins irrégulières, d'un rouge plus ou moins vif, quelquefois blanchâtres au centre, sans gonflement ou avec un gonflement très-léger de la muqueuse, se confondant insensiblement avec le reste de la membrane, apparaissant sur la voûte palatine et le voile du palais, le pharynx, la partie interne des lèvres, des joues. Ces plaques ne persistent pas ; elles disparaissent en même temps ou plus tôt que l'éruption cutanée. Selon M. Baumès, si cette forme paraît peu fréquente, c'est, d'un côté, parce que la syphilide exanthématique est peu commune elle-même, et de l'autre côté parce que, étant peu grave et ne gênant presque pas ou pas du tout le malade, elle échappe à l'attention. Cette dernière raison est la meilleure ; quant à la première, elle n'est pas en rapport avec les faits qui prouvent que les exanthèmes syphilitiques sont très-fréquents.

2° La forme d'angine qui correspond à la syphilide papuleuse consiste, premièrement, en véritables tubercules plats, c'est-à-dire en élévations plates, circulaires ou ovalaires, mais moins élevées et moins nettement circonscrites qu'à la peau. Leur surface a quelquefois un aspect légèrement granulé. La couleur est un peu plus foncée que la muqueuse environnante ; elles ne s'enflamment que passagèrement et elles ne sont pas plus difficiles à détruire que les tubercules plats de la peau. En parlant des pustules plates dans la première section de ce livre, j'ai mentionné ces papules qu'on trouve à la commissure des lèvres, en dedans des lèvres et des joues, sur le voile et les piliers du voile du palais, vers les côtés mêmes de la base de la langue. Quelquefois les papules revêtent la forme de tubercule ; elles ressemblent un peu alors aux papilles morbidement développées de la base de la langue, elles sont sur les bords et à la pointe même de cet organe. Ces élévations sont quelquefois rugueuses, allongées, et se terminent assez promptement par résolution ; elles ne s'ulcèrent que par le contact réitéré d'excitants ou par le frottement d'une portion de dent voisine, anguleuse, tranchante.

3° La troisième forme correspond à la syphilide squammeuse, non par la présence de squames dont la formation et le séjour à la surface de la muqueuse buccale ne sont guère possibles, mais par la disposition des plaques, avec élévation, gonflement, rougeur de la muqueuse, qui, dans une partie, surtout la partie centrale de ces plaques, montre l'épiderme soulevé, blanchâtre, ridé, et à sa chute une ulcération très-superficielle, grisâtre. Il est très-probable, dit M. Baumès, que, si l'épiderme, soulevé, continuellement macéré par les fluides qui humectent la bouche, n'était pas bientôt entraîné, il formerait une véritable squame mince et assez étendue. Cette variété qui se montre sur la voûte palatine, sur le voile, les piliers, les amygdales, la face interne des lèvres, la langue même, est plus persistante que les précédentes.

4° Selon M. Baumès, il y a une forme pustuleuse qui correspond à la syphilide pustuleuse ; mais comme le soulèvement de l'épiderme a peu de durée, qu'il se détruit promptement pour faire place à l'ulcération, elle se confond avec la variété suivante.

5° Cette cinquième forme correspondrait à la syphilide ulcéreuse. C'est, selon M. Baumès, la plus commune, celle qui donne lieu aux considérations les plus importantes par sa marche, sa durée, sa gravité, les progrès rapides et les ravages qu'elle fait quelquefois dans la bouche, celle enfin par laquelle se terminent toutes les autres, lorsqu'elles sont exaspérées par une cause quelconque d'irritation. On doit reconnaître quelques variétés qui ne sont pas toujours faciles à distinguer des ulcères dus à d'autres causes. La première débute par des ulcérations

superficielles, à surface blanche, grisâtre, dont la circonférence, sans former des bords nets, facile à distinguer, comme dans les autres ulcères, va se fondant insensiblement, comme par une sorte de biseau, avec la partie ulcérée, plus déprimée, laquelle offre même à l'œil nu quelquefois une apparence telle qu'on dirait qu'il n'y a pas d'ulcération. Le pourtour de ces ulcérations est ordinairement, jusqu'à une distance plus ou moins grande, d'un rouge foncé qui contraste avec le blanc mat de la surface ulcérée. C'est surtout lorsque les ulcérations occupent le voile du palais, les piliers du voile du palais, les amygdales gonflées, dans ce cas, que cette rougeur environnante se fait remarquer. Elle manque souvent dans les ulcères situés sur les lèvres, en dedans des lèvres, à la surface interne des joues. Quelquefois tout le fond de la bouche est tapissé de ce genre d'ulcérations qui s'accompagnent d'un sentiment de gêne, de cuisson, plutôt que de douleur, et ne gênent la déglutition que lorsqu'elles descendent assez bas vers la base des piliers du voile du palais. On dirait, à l'aspect et à la forme irrégulière de cette affection, que les parties ont subi une brûlure au premier et au second degré. C'est là, toujours selon le médecin de Lyon, le genre d'ulcération qui fait principalement partie de l'ensemble des symptômes caractérisant les suites constitutionnelles de la blennorrhagie.

La seconde variété a la forme chancreuse un peu mieux caractérisée. Ce sont des ulcères peu profonds, intéressant cependant la plus grande partie de l'épaisseur ou toute l'épaisseur de la muqueuse, à fond grisâtre, granulé, à bords inégalement découpés, quelquefois décollés, à pourtour peu ou point coloré en rouge, occupant les amygdales, le pharynx, les piliers du voile du palais, la partie interne des lèvres, des joues. Assez souvent ils envahissent aussi les environs des dents de sagesse, ou les points mêmes où ces dents doivent se développer ou commencent à se développer ; il faut prendre garde de les confondre alors avec des ulcérations à peu près semblables qui accompagnent l'issue de ces dents, lorsque la muqueuse est déjà disposée à s'enflammer, à se gonfler. Dans l'état normal, la muqueuse supporte ordinairement, sans en être lésée, la pression des dents ou fragments de dents, quelque inégale qu'elle puisse être ; mais quand la muqueuse des joues est irritée, enflammée, ces dents et fragments de dents la blessent, la creusent et forment ainsi des ulcères qu'on ne peut pas facilement distinguer, au premier aspect, des ulcères vénériens dont il est question, même en examinant les circonstances antécédentes et concomitantes. Quoi qu'il en soit, les ulcères vénériens dont il est question durent plus longtemps, sont plus tenaces, plus difficiles à guérir que les précédents ; ils laissent des cicatrices où la muqueuse, pendant assez longtemps,

reste plus lisse, plus brillante, plus blanche que le reste de la muqueuse.

La troisième variété affecte d'abord et presque uniquement les amygdales. C'est un ulcère semblable au chancre primitif, qui, sans gonflement préalable des amygdales, les creuse comme le ferait un emporte-pièce, présente un fond jaunâtre et un pourtour d'un rouge foncé, s'étend dans tous les sens, rougit quelquefois la totalité des amygdales et envahit les parties environnantes, atteint parfois l'orifice de la trompe d'Eustache et cause la surdité ou l'altération de l'ouïe du côté affecté bien plus souvent que ne le font les ulcérations précédentes. Cet ulcère n'occasionne, dans quelques cas, en commençant, ni gêne, ni douleur, ni embarras dans la déglutition, et lorsque le malade est averti par une de ces sensations qu'il a quelque chose dans la gorge, on est surpris de trouver l'affection qui a déjà fait bien des progrès. Le plus souvent la marche de cette affection est lente et s'accompagne de peu de phénomènes de réaction générale. Dans quelques cas, cependant, l'inflammation est intense.

Enfin la quatrième variété est un ulcère marchant en partie comme un ulcère phagédénique dès le début, avec ou sans gangrène superficielle. C'est ce genre d'ulcère surtout qui est précédé et s'accompagne de douleurs parfois très-grandes, de réaction fébrile, de gêne, d'impossibilité de la déglutition, d'altération de la voix, aussi de l'ouïe, ce qui dépend de la manière dont les progrès de l'ulcère s'étendent vers la luette, la base, la partie postérieure des piliers du voile du palais, la partie postérieure et supérieure du pharynx, la partie supérieure même et postérieure du voile du palais, du côté des fosses nasales. Ce sont en effet, ces parties, ainsi que les amygdales, qui sont le siége le plus fréquent de ce genre d'ulcération. On peut cependant les observer aussi à la partie interne des lèvres, à la partie interne et postérieure des joues. L'inflammation et le progrès phagédénique sont quelquefois tellement grands que le tissu osseux lui-même est affecté au palais, derrière le pharynx, derrière la partie postérieure des fosses nasales. Le cas devient alors plus grave, la marche de cette affection est généralement plus rapide que celle de l'affection précédente.

Il est probable que les diverses formes décrites par M. Baumès[1] correspondent à des faits qu'il a observés. Mais je pense que, dans l'intérêt de l'enseignement et de la pratique, il faut ici invoquer la synthèse. Je réduis donc à deux formes les ulcérations de la cavité buccale : 1° une superficielle, qui se borne quelquefois à une légère érosion, et qui, dans le plus grand nombre des cas, ne dépasse pas la muqueuse ; c'est

[1] Baumès, t II.

celle qui marche avec les syphilides, qui les imite plus ou moins ; 2° l'autre profonde ; celle-ci détruit la muqueuse comme les organes qu'elle recouvre, et en général ce n'est pas par cette membrane que l'affection commence, mais par des tubercules syphilitiques et par des tumeurs gommeuses qui, éliminées, détruites, laissent à leur place de grandes brèches. Cette forme d'ulcération peut être observée en l'absence de toute syphilide, souvent après que l'affection de la peau a disparu et quand la vérole est entrée dans ses dernières périodes. Ces ulcérations sont ordinairement précédées par un gonflement moitié inflammatoire, moitié œdémateux des parties qui vont être affectées, gonflement qui commence déjà à gêner la déglutition, la phonation. Quelquefois l'ulcération la plus profonde, celle qui va détruire la luette, le voile du palais ou une amygdale, n'est annoncée que par ces lésions fonctionnelles qui elles-mêmes sont souvent très-peu prononcées ; le malade alors reste dans la sécurité la plus parfaite. Mais bientôt le travail qui s'opérait sous la muqueuse détruit cette membrane dans une étendue plus ou moins considérable, et alors apparaît une ulcération taillée à pic, à bords plus ou moins dentelés, entourée par un gonflement rouge œdémateux, ulcération à fond comme tapissé par une fausse membrane jaune, grisâtre. C'est quelquefois la luette qui est emportée avec la partie moyenne du voile du palais. Ici surtout la marche de l'ulcération peut être insidieuse, car le travail d'ulcération commence quelquefois par la face postérieure du voile. C'est une autre fois le pharynx qui est atteint à la partie postérieure ; alors, quand l'ulcération n'est pas très-étendue, qu'elle est centrale, on peut voir le fond jaune et les bords plus ou moins œdématiés : mais il est des cas où l'on ne peut préciser ces limites, car il est impossible de découvrir entièrement l'ulcération soit en abaissant la langue, soit en relevant le voile du palais. Dans les cas d'ulcération aussi étendue du pharynx, le gonflement des bords devient considérable et gagne la trompe d'Eustache ; de là plus ou moins de surdité. Quelquefois les deux amygdales sont affectées de cette ulcération profonde, mais jamais au même degré des deux côtés : il arrive que l'ulcération ne creuse qu'une de ces glandes, l'autre reste tout à fait saine. On peut observer cette même ulcération à la langue, soit à sa base, soit à un ou deux de ses bords. Le malade atteint de ces ulcérations profondes se plaint en général de douleurs nocturnes, et quand c'est l'arrière-bouche qui est affectée, à la gêne de la déglutition, de la phonation, se joignent des douleurs pendant les mouvements du cou. Quels que soient la forme de l'ulcération, sa profondeur, ses rapports avec les autres accidents syphilitiques, il peut y avoir développement des ganglions sous-maxillaires, ou absence de ce phéno-

mène. Il ne faut pas être absolu ici et n'admettre le développement ganglionnaire, l'adénopathie sous-maxillaire que pour les accidents primitifs de la bouche. Il est vrai que ceux-ci provoquent plus souvent ces engorgements; mais les accidents consécutifs peuvent avoir le même effet. Ceux qui nient la possibilité de cette dernière adénopathie accusent une inflammation complicative quand on leur montre des engorgements sous-maxillaires coïncidant avec des ulcérations de la cavité buccale. C'est là encore une explication.

Le praticien a un double motif pour bien étudier la dernière forme d'ulcération que je viens de faire connaître; d'abord parce qu'elle marche quelquefois avec une grande rapidité et peut causer ainsi les plus grands dégâts en peu de temps, ensuite parce que c'est ici un des triomphes de la thérapeutique : en effet, l'iodure de potassium donné à temps et à haute dose fait disparaître, quelquefois comme par enchantement, ces ulcérations si graves.

Inoculation d'une ulcération consécutive de l'amygdale. — M. le docteur L... a voulu savoir si le pus de l'accident secondaire sous forme d'ulcération pourrait reproduire un accident syphilitique; pour cela il a tenté une expérience dont il a rendu compte dans mon amphithéâtre et que j'ai fait connaître à la Société de chirurgie. Je vais la rapporter d'après un rapport de M. Bégin au nom d'une commission dont M. Ricord faisait partie.

« Dans le but de donner une plus grande exactitude à un moyen hygiénique proposé contre les chancres dont la durée ne dépasse pas le dixième jour, M. L... se fit pendant les mois de décembre 1850 et janvier 1851, tous les cinq jours à peu près, une inoculation de pus chancreux dont il obtenait la cicatrisation dans les quatre jours au moyen de lotions avec l'eau fraîche.

« Trois mois après cette première série d'expériences, le 2 mai, un ami de M. L..., également médecin lui-même, le consulta pour un chancre induré qu'il avait contracté dix-sept jours auparavant et qui siégeait à la rainure de la base du gland. Après un peu plus d'un mois d'existence, le 17 mai [1], ce chancre était cicatrisé; le traitement mis en usage n'est pas indiqué.

« Vingt-trois jours plus tard se montra sur l'ami de M. L..., une roséole que des douleurs avaient précédée et qui s'accompagna bientôt d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, des deux côtés, et des ganglions axillaires superficiels et profonds du côté droit. Presque en même temps, c'est-à-dire le septième jour de l'éruption cutanée, ap-

[1] Je copie textuellement le rapport imprimé dans le *Bulletin de l'Académie de médecine.*

parurent à chaque amygdale une *ulcération profonde*, et à la langue des *gerçures*. Cet organe, de même que l'ensemble de la cavité buccale, était peu enflammé. Ces nouveaux accidents furent guéris en trente-quatre jours à dater de la manifestation de la roséole.

« C'est pendant cette période, le vingt-deuxième jour de l'existence des chancres amygdalins [1], que notre expérimentateur résolut de s'inoculer la matière qu'ils fournissaient. A cet effet, deux heures après avoir bien nettoyé la surface de l'amygdale gauche, il y recueillit la sérosité à peine purulente qui venait de se former et l'inséra avec une lancette neuve, par une piqûre très-superficielle, à la partie antérieure de son bras gauche. Les dix premiers jours depuis l'inoculation se passèrent sans que rien de particulier fût observé; mais le lendemain M. L... aperçut une petite papule de la grandeur d'une tête d'épingle, d'un rouge rosé, d'une dureté remarquable, sans aréole ni douleur, même en y touchant très-fortement.

« Vers le quinzième jour cette papule, progressivement agrandie jusqu'aux dimensions d'une lentille, se couvrit de croûtes qui se réunirent en une seule sous laquelle existait une sérosité rougeâtre.

« Cette sérosité fournit à M. L... la matière de quatre inoculations qui furent répétées tous les cinq jours pendant vingt jours, ce qui forma un total de vingt introductions successives du produit morbide [2]. »

On voit, par le rapport même de M. Bégin, que M. L... a réellement inoculé avec succès une ulcération secondaire de l'amygdale. Il y a eu, en effet, chez le confrère de M. L.., chancre préalable, roséole, puis ulcérations aux amygdales. Ajoutez que l'ulcération, résultat de l'expérience, a eu lieu avec incubation.

M. Chausit, qui a publié les détails de cette expérience dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, ajoute : « Ce fait, sérieux par le but qu'il poursuit, grave par les résultats déjà donnés, présente, il faut bien le reconnaître, un grand intérêt scientifique; au point de vue de la syphilisation, il peut jeter une triste et vive lumière sur ce principe nouvellement révélé [3]. Il est encore remarquable par une

[1] Ceci est une expression de M. Bégin. Ce ne sont pas là des chancres, car le chancre est une ulcération primitive, et il s'agit ici d'une ulcération consécutive.

[2] Le rapport continue à exposer les expériences de syphilisation. Ce rapport a été lu le 21 janvier 1852.

[3] M. Chausit veut parler ici de l'exaspération de la syphilide, du nombre et de l'aspect des chancres que portait M. L..., car ce docteur avait été présenté à la Société de chirurgie et à l'Académie comme une victime de la syphilisation. C'est pour compléter l'observation et lui donner un caractère d'utilité que je fournis à la Société de chirurgie les détails relatifs à l'inoculation de l'accident secondaire. M. Velpeau en fit autant dans le sein de l'Académie de médecine, et cette compa-

circonstance dont notre honorable confrère, M. Vidal (de Cassis), a parfaitement remis en lumière toute la portée et toute la valeur. Ainsi, le cas sérieux qui préoccupe aujourd'hui la science serait en même temps une nouvelle preuve de l'inoculabilité des symptômes syphilitiques secondaires, et dans l'espèce nous aurions à signaler un détail très-important que les faits de Waller et de Wallace avaient déjà mis hors de doute; c'est la période d'incubation qui s'écoule entre le moment de l'inoculation et celui où se manifestent les premiers accidents spécifiques.

« Les diverses inoculations que M. L... a subies ensuite semblent établir, contrairement à la doctrine de M. Auzias et aux expériences de M. Spérino, que l'aptitude à l'infection syphilitique ne diminue pas en raison du nombre des inoculations pratiquées, que celles-ci peuvent être sans influence heureuse sur la marche des symptômes consécutifs préexistants : c'est un fait grave dont nos lecteurs pourront apprécier la valeur. Quant à la question soulevée par M. Vidal (de Cassis), nous savons à l'aide de quels arguments préalables on se fera fort d'en faire justice; mais à ce propos nous devons présenter une considération sérieuse, car elle touche à la qualité même du sujet de cette triste observation. C'est un docteur en médecine, c'est un confrère qui s'est soumis volontairement à cette suite d'expériences graves, et cette circonstance ne permet pas l'intervention des suppositions à l'aide desquelles on a l'habitude de repousser bien loin les faits de ce genre. »

Comme on le pense, l'hypothèse du chancre se reproduisit ici, mais, il faut le dire, avec encore moins de succès que dans les autres circonstances. On n'a pas pu croire à un chancre de l'amygdale, d'abord parce que l'ulcération primitive de ces glandes n'a jamais été démontrée et ne le sera probablement jamais. Dans le fait particulier il s'agit d'un docteur en médecine qui s'est observé lui-même, qui a la certitude de n'avoir porté d'aucune manière le virus dans la cavité buccale. Il avait gagné un chancre à la verge, et c'est après la cicatrisation de ce chancre qu'il a eu une vérole dont l'ulcération tonsillaire était une expression. On a invoqué le ganglion sous-maxillaire comme indiquant un chancre. Mais ce ganglion existait avant les ulcérations de la cavité buccale, et le même docteur en portait à la région postérieure du cou. L'engorgement ganglionnaire, je le répète et je le répéterai toujours, n'a aucune valeur dans le diagnostic des ulcérations et de la vérole en général, car cet engorgement peut exister chez les scrofuleux, il se lie à toutes les ulcérations consécutives et avec l'ulcération primitive; il peut exister, sans doute, avec la vérole, mais celle-ci peut

gnie nomma une commission pour examiner les expériences de M. L... au double point de vue de la syphilisation et de l'inoculation des accidents secondaires.

être des plus complètes et cependant le sujet qui la porte n'aura jamais eu le moindre développement ganglionnaire ni au cou ni ailleurs. Au moment où ceci est écrit, il y a dans mon service à l'hôpital du Midi, deux malades que je montre journellement aux élèves : l'un est cocher, il a des ulcérations superficielles des deux amygdales survenues peu de temps après la cicatrisation d'un chancre de la verge, les ganglions sous-maxillaires sont engorgés ; le second a des ulcérations des mêmes glandes, mais plus profondes et arrivées plus tardivement ; il a comme le premier des engorgements ganglionnaires sous la mâchoire. Le chancre de celui-ci datait d'un an, il était à la verge. Ces deux malades ont été interrogés de toutes les manières pour savoir si une infection directe aurait pu avoir lieu. On est arrivé, dans les deux cas, à établir positivement que les ulcérations de la gorge étaient consécutives. J'ai gardé longtemps ces malades à l'hôpital, surtout le cocher. On voit donc la valeur que peuvent avoir les engorgements ganglionnaires dans le diagnostic des ulcérations.

Traitement. — Il faudra se rappeler ici les deux principales variétés d'ulcérations que j'ai établies : une superficielle appartenant aux premières périodes de la vérole, l'autre profonde et correspondant surtout aux périodes ultimes de la diathèse.

1° Contre la première variété, représentée surtout par des ulcérations superficielles et correspondant à une des formes des syphilides, on emploiera le traitement mercuriel par le proto-iodure à l'intérieur, tel que je l'ai formulé en établissant la thérapeutique des *maladies vénériennes dites consécutives*. On ajoutera ici pour la localité le gargarisme suivant :

Décoction de gruau..................	100 grammes.
Miel..............................	20 grammes.
Liqueur de Van Swieten............	10 grammes.

2° Contre la seconde variété, quand les ulcérations sont tardives, profondes, arrivant après les syphilides et avec des symptômes concomitants du côté des systèmes fibreux osseux, on devra employer l'iodure de potassium, d'après la formule que j'ai indiquée quand j'ai fait connaître cet agent thérapeutique et son mode d'administration. On a vu, que je mets 16 grammes d'iodure de potassium dans 250 grammes d'eau, ce qui fait 1 gramme d'iodure par cuillerée de ce liquide. On va jusqu'à 3 cuillerées par jour, rarement jusqu'à 6.

On ajoutera pour la localité un gargarisme selon la formule que je viens de transcrire ; mais au lieu de 10 grammes de liqueur de Van Swieten, on mettra 10 grammes d'iodure de potassium. M. Ricord conseille souvent ce gargarisme :

Eau distillée	200 grammes.
Teinture d'iode	6 grammes.
Iodure de potassium	1 gramme.

J'ai constaté plus d'une fois que ce gargarisme agaçait trop la gorge. Je préfère donc celui qui ne contient point de teinture d'iode et qui est seulement composé avec l'iodure de potassium à dose un peu forte.

Il ne faut pas toujours attendre que les ulcérations de la cavité buccale soient profondes pour en venir à l'iodure, soit à l'intérieur, soit en gargarisme. Pour peu que la muqueuse soit détruite, pour peu que les ulcérations montrent une certaine opiniâtreté, on devra avoir recours à ce puissant modificateur, surtout si le sujet est débilité. Alors on abandonnera le mercure. Mais, dans les autres cas, ces deux agents pourront être combinés et agir concurremment, comme je l'ai déjà établi.

Pour les deux variétés, on peut employer la cautérisation avec l'acide chlorhydrique ou l'azotate d'argent. On aura recours à ce moyen dans les cas de plaques muqueuses, surtout quand elles couvrent une partie des joues, la face interne des lèvres, et quand il n'y a pas une forte turgescence inflammatoire. Lorsque les ulcérations sont profondes, tardives, et avec symptômes concomitants vers les os, le meilleur moyen c'est encore l'iodure de potassium à l'intérieur et en gargarisme, mais à haute dose. La cautérisation pourrait avoir des inconvénients dans les premiers temps des ulcérations ; il vaudrait mieux les toucher alors avec le mélange suivant, qui est conseillé par M. Baumès :

Miel rosat	8 grammes.
Laudanum de Sydenham	1 gramme.

Quand les parties sont moins sensibles, que les bords de l'ulcération sont moins tuméfiés, moins turgescents, on en vient à toucher avec :

Miel rosat	8 grammes.
Acide chlorhydrique	13 à 20 gouttes.

§ 2. — *Muqueuse du nez.*

Fréquemment et après la guérison des symptômes primitifs, chancres, blennorrhagies, et quand on croit que tout est fini, le malade éprouve, sans y faire grande attention, une sorte d'en chifrènement qu'il prend pour un rhume de cerveau qui durerait beaucoup plus longtemps, voilà tout. Mais il constate de plus en plus que le nez est embarrassé, bouché, et bientôt il mouche une matière épaisse, jaunâtre,

purulente, et de temps en temps il s'y joint des croûtes noirâtres, minces. L'odorat s'affaiblit, se perd d'un côté ou des deux côtés. Souvent c'est alors seulement que le médecin est consulté. Il constate une rougeur avec gonflement plus ou moins fongueux de la muqueuse des narines, en dehors, en dedans, ou des deux côtés à la fois, s'étendant plus ou moins haut, au delà du point que l'œil peut atteindre. Avant toute ulcération de cette muqueuse, il y en a eu dans celle de la cavité buccale, et on a observé des syphilides. L'affection de la muqueuse nasale est alors considérée comme une blennorrhagie qui a été le symptôme précurseur des ulcérations de la bouche. Mais d'autres fois des ulcérations ne tardent pas à se produire dans les narines, en dedans des ailes du nez; ou bien c'est plus haut, plus profondément à la surface des cornets, de manière qu'il est plus difficile de les apercevoir. Ces ulcères peuvent avoir la marche phagédénique; divers os entrant dans la composition du nez, de ses cavités, peuvent être compromis à la suite de la muqueuse ou en même temps qu'elle.

Souvent l'affection commence par les os; la lame verticale de l'ethmoïde, les cornets, peuvent se nécroser ou se carier. Si les os propres et les cartilages sont atteints, le nez se laisse déprimer, s'affaisse; on détermine, en le comprimant, une espèce de crépitation; les fragments d'os sortent avec le mucus quand le malade se mouche. C'est alors qu'arrivent aussi ces ulcères plus profonds des fosses nasales qui se creusent avec ou sans carie des os, sans grande suppuration ou même sans suppuration, mais avec une odeur fétide qui caractérise ce qu'on appelle l'ozène. Selon M. Baumès, il peut aussi se former des végétations plus ou moins fongueuses dans le nez, sous l'influence de la diathèse syphilitique, et plus d'un polype vésiculaire, spongieux, plus ou moins vasculaire, serait dû à cette cause. Ceci est en dehors de tout ce que j'ai observé.

L'inflammation consécutive de la muqueuse nasale passe souvent inaperçue, ou parce qu'elle ne cause bien des fois qu'une gêne sans douleur, ou parce que, ayant de l'analogie avec le coryza, avec l'embarras du nez qui peuvent être dus à bien d'autres causes, le malade y attache peu d'importance. Sous ce rapport, ces phénomènes ressemblent à quelques autres, comme une sensation de gêne, de roideur dans le gosier, un *écoulement* par le conduit auditif, avec ou sans difficulté d'ouïe; une légère cuisson à l'anus, symptômes qui peuvent tenir, le premier à des ulcères syphilitiques consécutifs dans la gorge, le second à une inflammation blennorrhagique consécutive de la muqueuse du conduit auditif, le troisième à une rhagade, sans que le malade qui en souffre peu ou qui n'en souffre pas du tout, qui ne s'en

porte pas moins bien en apparence, attache à ces symptômes leur véritable cause. Mais il arrive que ce même malade, un an ou deux après la guérison des symptômes primitifs, consulte son médecin pour des symptômes évidemment constitutionnels qui viennent de se présenter. Alors il ne fait nulle mention de tous les phénomènes précédents, parce qu'il était bien loin de les attribuer à la vérole, et qui, pendant même un long laps de temps, ont pu subir des alternatives d'augmentation, de diminution, de cessation ou de remplacement, par d'autres phénomènes morbides, du côté du système nerveux, vers certains viscères. Cependant tous ces phénomènes annonçaient depuis longtemps l'existence de la diathèse syphilitique, qui, pour se réveiller plus terrible, plus évidente, a attendu une occasion favorable. « Examinez avec soin les antécédents du malade, et vous constaterez, dit M. Baumès, le plus souvent l'existence antérieure, et même présente encore, de ces affections morbides, peu graves, véritablement syphilitiques, qui ont servi en quelque sorte de transition pour arriver à la production des symptômes syphilitiques actuels. C'est là ce que j'ai vu un grand nombre de fois dans ma pratique, et ce qu'un grand nombre de praticiens ont vu sans doute comme moi; aussi j'ai reconnu que, lorsque trois, quatre, cinq ans après la guérison des symptômes primitifs, un individu se plaint d'éprouver pour la première fois des maux que l'on reconnaît être véritablement syphilitiques, il est bien rare qu'il n'ait pas existé antérieurement des phénomènes analogues aux précédents, quelquefois d'une manière continue, le plus souvent d'une manière intermittente, irrégulière ou périodique, au renouvellement des saisons, etc. Je n'ai jamais vu, par exemple, la dartre rongeante syphilitique s'établir sur les ailes du nez par des tubercules sans qu'il eût existé antérieurement, depuis plus ou moins longtemps, un coryza chronique plus ou moins rebelle qui s'était certainement développé sous l'influence de la même diathèse syphilitique [1]. »

Il est évident qu'ici, comme pour la cavité buccale, il y a deux périodes, deux variétés d'ulcérations: 1° les plus superficielles, celles qui précèdent et qui accompagnent ensuite les syphilides, ulcérations qui dépassent rarement la muqueuse ; 2° celles qui arrivent tardivement, qui appartiennent aux dernières périodes de la vérole, qui sont profondes et qui ici compromettent toujours ou les os ou les cartilages.

On devra, pour le traitement, se soumettre aux règles que j'ai posées quand il s'est agi des affections de la gorge, c'est-à-dire employer le proto-iodure à l'intérieur pour la première variété, et l'iodure de potassium pour la seconde.

[1] Baumès, t. II, p. 463.

Dans les cas d'ozène, on pourra injecter dans les cavités nasales la solution suivante :

Eau distillée........................	300 grammes.
Chlorure de soude.................	100 grammes.

§ 3. — *Muqueuse des organes génitaux.*

La syphilis consécutive peut revêtir sur la muqueuse génitale toutes les formes que nous avons observées dans la syphilis primitive. Ainsi la blennorrhagie urétrale consécutive a été observée. Il en est de même de la balano-posthite ; on en trouvera une observation et une représentation dans la section première de ce livre. Trop souvent chez la femme dont la muqueuse génitale est si étendue, on observe des écoulements qui s'éternisent parce qu'ils tiennent à une syphilis constitutionnelle qu'on s'obstine à nier et qu'on ne traite pas en conséquence. Toutes ces blennorrhagies consécutives sont généralement plus ou moins indolentes, sans réaction marquée ; ce sont plutôt enfin des blennorrhées. On ne les reconnaît ou, pour mieux dire, on ne soupçonne leur nature que quand elles sont concomitantes d'une autre affection franchement consécutive, comme une syphilide. Et encore il n'est pas rare de voir attribuer, dans les deux cas, l'écoulement à une nouvelle contagion, ce qui d'ailleurs peut très-bien être. Ainsi, on le voit, le diagnostic des écoulements liés à une affection syphilitique constitutionnelle n'est pas facile, surtout si on ne peut directement observer, inspecter la surface muqueuse malade. Lorsqu'il y a possibilité de la voir, on constate qu'elle est d'un rouge moins vif, qu'elle tend à revêtir la couleur cuivrée caractéristique des affections secondaires. On peut voir, planche 1re, deux dessins : l'un représente la posthite aiguë tout à fait primitive, l'autre représente la balano-posthite consécutive, chronique. Le rouge de cette dernière figure est plus brun, plus sombre que celui de la première.

Les ulcérations consécutives de la muqueuse génitale sont généralement moins bien dessinées que les primitives, que les chancres, et elles se répandent quelquefois assez promptement, mais pour se reproduire ensuite. On voit de ces ulcérations sur le prépuce, à la surface interne des grandes lèvres, sur les petites.

Il est quelquefois difficile de distinguer ces ulcérations consécutives de cette disposition aux excoriations qu'offre la muqueuse génitale ayant déjà été le siége d'une lésion primitive qui a persisté pendant quelque temps. Ainsi on observe souvent, après le chancre induré du prépuce, une disposition à l'échauffement, à l'ulcération de la mu-

queuse, qu'on prend souvent pour une affection consécutive ; l'inflammation, l'ulcération, ont alors des retours qu'on attribue à des récidives. Le plus souvent il n'y a rien de syphilitique dans cet état de la muqueuse préputiale, et on réussit bien mieux à en débarrasser le malade par des topiques, par des moyens simples, que par un traitement mercuriel. Ce que je dis ici de la muqueuse du prépuce peut se dire de la muqueuse de la vulve et de toute la muqueuse génitale de la femme. Le véritable praticien ne se hâtera donc pas d'entreprendre un traitement mercuriel, ni même un traitement par l'iode, surtout si le premier a déjà été suivi pendant un certain temps et d'une manière régulière. On ne prendra cette détermination que s'il existe, avec cet état de la muqueuse, des syphilides ou d'autres lésions concomitantes dont le caractère syphilitique ne puisse faire le moindre doute.

J'aurais ici à parler des végétations et des tubercules plats de la muqueuse génitale ; mais ces productions ont été assez étudiées dans la première partie de ce livre. On se rappelle que j'ai beaucoup insisté alors pour prouver qu'elles pouvaient être primitives et consécutives.

Quant au traitement général, il n'est pas différent de celui des syphilides. Le traitement local doit surtout consister à isoler les surfaces enflammées et à appliquer les astringents. Je considère comme astringents les solutés de nitrate d'argent à un faible degré. Le traitement local peut avoir une grande influence dans les cas d'affections de la muqueuse génitale des femmes. On devra revoir ici ce que j'ai écrit dans la première partie de ce livre, sur les injections intra-vaginales et intra-utérines.

§ 4. — *Muqueuse de l'épiglotte et du larynx.*

Il est des cas où l'affection de l'arrière-bouche et du pharynx s'étend plus profondément et va jusqu'à l'épiglotte ; de là des désordres graves de la déglutition. Cette affection, qui est en général sous forme ulcéreuse, peut atteindre l'appareil phonateur, et occasionner dans la voix des altérations bien plus prononcées, mais variables, suivant qu'elles affectent les parties supérieures ou qu'elles pénètrent dans l'intérieur même du larynx ; elle peut donner lieu aussi à l'œdème de la glotte [1].

Quand ces ulcérations existent indépendamment d'une affection de la cavité buccale, il est souvent très-difficile d'en reconnaître la nature et d'en bien établir le diagnostic différentiel. Selon M. Reynaud, qui

[1] Ici on lira avec fruit le *Traité de l'angine laryngée œdémateuse* de M. Sestier, p. 88.

a étudié avec soin cette forme de la vérole, la laryngite ulcéreuse ne surviendrait souvent que trop longtemps après les symptômes primitifs. Elle produirait tous les accidents des maladies ordinaires du larynx, tels que gêne ou douleur fixe au niveau du cartilage thyroïde dont le volume s'accroît manifestement dans quelques cas, altérations de la voix, dyspnée, toux saccadée, efforts pour expulser les mucosités qui obstruent la glotte et après lesquels les malades rendent un peu de matière purulente mêlée dans quelques cas de stries de sang.

Le mal par sa persistance peut amener de la fièvre avec sueurs nocturnes, avec tout le cortége de la phthisie laryngée. Les parties dures du larynx participent quelquefois à la maladie et en augmentent la gravité. Dans les cas les plus heureux alors, quand on parvient à arrêter la marche de l'ulcération, quand on guérit, il reste généralement de l'aphonie, ou du moins on observe des altérations profondes dans la voix. Le siége du mal indique assez sa gravité.

Le traitement est celui des affections dites secondaires de la bouche. Mais si l'affection persiste, si elle survient longtemps après des syphilides tardives profondes, on devra avoir recours à l'iodure. Dans quelques cas même, malgré ce moyen, le mal semble persister, mais il s'agit alors d'une nécrose qui jouera le rôle de corps étranger, et, quoique la vérole n'existe plus, le malade est loin d'être sauvé.

§ 5. — *Muqueuse de l'oreille.*

La muqueuse, ou pour mieux dire la semi-muqueuse de l'oreille, peut être affectée par la syphilis constitutionnelle. En traitant des pustules muqueuses, j'ai fait mention d'un malade qui en avait sur tous les points où l'on peut en observer : il y en avait dans les deux conduits auditifs; d'un côté on voyait la plaque s'élever et un léger suintement; de l'autre côté, à gauche, le conduit auditif était exulcéré, d'un rouge obscur brun, et il se faisait un véritable écoulement par cette oreille. L'audition n'était en rien altérée. J'ai lu cependant dans les auteurs, et on peut voir dans le livre de M. Baumès, que les écoulements consécutifs par l'oreille coïncident presque toujours avec une dureté plus ou moins marquée de l'ouïe. Il est vrai que le médecin de Lyon signale des écoulements jaunâtres verdâtres. Depuis ma première édition, j'ai observé l'otite purulente consécutive et indépendante des plaques muqueuses. Le pus avait la couleur indiquée par M. Baumès et il y avait presque tout ôté de l'oreille malade. Dans un autre cas, j'avais observé une humeur séreuse trouble et odorante. On a aussi signalé des ulcérations ayant le caractère de celles qui appartiennent à la vérole consti-

tutionnelle; elles seraient à l'entrée du conduit auditif ou profondément, et on ne les découvre qu'à l'aide du *speculum auris.* Il y a nécessairement alors plus ou moins d'écoulement. Toujours selon M. Baumès, on voit aussi, parfois, dans le conduit auditif, pendant l'existence de l'écoulement, des *végétations molles fongueuses pédiculées.* Je crois qu'il s'agit le plus souvent alors de plaques muqueuses, comme je l'ai observé, et que ce sont ces plaques qui produisent la matière de l'écoulement. Je n'ai jamais rien vu dans l'oreille qui pût être comparé aux véritables végétations avec pédicule. Il est bien entendu que je ne parle pas ici des polypes qui n'ont rien de commun avec la vérole.

Quand j'ai eu à traiter des plaques muqueuses du conduit auditif, j'ai administré à l'intérieur le proto-iodure de mercure, et comme topique je me suis borné aux soins de propreté. Lotions avec eau blanche, avec eau chlorurée étendue; coton dans les conduits.

§ 6. — *Muqueuse de l'anus et du rectum.*

En parlant de la blennorrhagie, dans la première section de ce livre, j'ai dit que les écoulements par l'anus étaient le plus souvent dus à des affections consécutives. Ce sont souvent les pustules muqueuses consécutives de l'anus qui sont la source des écoulements qu'on observe à cette région; mais la source la plus abondante de l'humeur est surtout à la muqueuse qui entoure ces pustules, muqueuse qui devient alors le siége d'une inflammation blennorrhagique consécutive. Les végétations, et surtout la muqueuse qui les entoure, peuvent aussi donner lieu à un écoulement plus ou moins abondant. A l'anus, ces végétations sont consécutives dans le plus grand nombre des cas. Elles peuvent envahir la muqueuse beaucoup plus haut que les tubercules plats, lesquels se forment presque toujours à la marge de l'anus et empiètent plutôt du côté des fesses, quand elles s'étendent et se multiplient. Les végétations peuvent au contraire remonter dans le rectum, pousser sur la muqueuse même de cet intestin, ce qu'on peut constater par le spéculum ou en ordonnant au malade de faire des efforts comme pour aller à la selle.

Les ulcérations du rectum, et surtout celles de l'anus, sont fréquentes. Elles revêtent, dans le plus grand nombre des cas, la forme allongée : c'est ce qu'on appelle des rhagades. Elles ont alors un fond jaune grisâtre à bords un peu durs et inégaux. On les voit en entier quand le malade pousse comme pour aller à la selle. Le toucher et la défécation sont bien moins douloureux que quand il y a fissure, et l'on

n'observe pas cette disposition aux lipothymies qui est un des caractères de cette dernière affection. Il y a une autre espèce d'ulcération qui est plus superficielle : on l'observe avec la blennorrhagie; c'est plutôt une excoriation comme celle de la balanite. M. Baumès a observé des écoulements verdâtres par l'anus avec d'autres symptômes syphilitiques. Il examina avec le speculum et trouva la muqueuse rouge, épaissie, comme granulée dans quelques points et sans ulcération. Il ne faudrait pas confondre avec cette lésion l'induration chancreuse. Il existe en effet ici des chancres dont l'induration envahit tout le calibre du commencement du rectum, induration qui forme des rétrécissements et qui persiste des années entières. Ce sont ces indurations qui ont été prises pour des squirrhes du rectum. Mais en général il y a des ulcérations avec écoulement puriforme, et ces ulcérations s'établissent sans engorgement, sans induration préalable de la muqueuse. Selon le médecin de Lyon, elles peuvent alors se présenter à une assez grande hauteur dans le rectum.

Le traitement général des affections consécutives de l'anus est celui que j'ai déjà conseillé pour les mêmes affections des autres muqueuses. Le traitement local consiste surtout en soins de propreté. On donnera souvent des bains de siége. L'anus sera garni avec de la charpie ou du coton cardé. On pourra cautériser légèrement avec le nitrate d'argent la muqueuse qu'on peut découvrir. Des injections à l'eau blanche ou avec une solution de nitrate d'argent seront faites quand la lésion remontera jusque dans la cavité de l'intestin. On devra se méfier des injections dont le laudanum fait partie. J'ai observé un empoisonnement qui a failli devenir funeste et qui fut occasionné par une injection avec une solution de sulfate de zinc et une assez forte proportion de laudanum de Sydenham.

ARTICLE IV.

Maladies des yeux.

J'ai déjà décrit dans la première partie de cet ouvrage une affection grave des yeux qui commence par la membrane la plus extérieure, par la conjonctive ; c'est une des *maladies vénériennes dites primitives*, une forme de conjonctivite. La conjonctivite consécutive a été signalée, ou plutôt elle a été supposée, car ce que l'on a pris alors pour une manifestation de la syphilis secondaire du côté de la muqueuse oculaire était probablement une conjonctivite chronique succédant à l'ophthalmie blennorrhagique ou la prolongeant ; ou bien c'était une

conjonctivite liée à toute autre cause diathésique qu'on n'a pu préciser. Cependant je dois dire qu'en 1839, pendant que je faisais le service de l'hôpital de Lourcine, il m'a été donné d'observer une femme qui avait une roséole papuleuse. La face était prise et le voisinage des yeux. La conjonctive était d'un rouge obscur comme la peau du *visage*. Quand j'écrivis ma première édition, j'avais oublié ce fait, qui cependant se trouve noté dans le troisième volume de ma *Pathologie externe*, au paragraphe des Ophthalmies dermatosiques. Quant aux lésions des autres éléments anatomiques de l'œil, si elles ont réellement été observées, ce n'est que dans des cas d'iritis grave avec extension de la phlegmasie, ou pour mieux dire dans des cas de complication. Ainsi on a parlé de la désorganisation complète de tout le globe oculaire à la suite de l'affection syphilitique de l'iris. Mackensie fait mention de cet accident, et au moment où ceci est écrit il y a dans la salle XI de mon service, un malade qui a passé par toutes les périodes et les demi-périodes de la syphilis : il a un œil vidé. Ce n'est que longtemps après cette lésion profonde que j'ai pu l'observer ; de sorte que je n'ai pu constater le point de départ de l'affection oculaire. Mais il a été prouvé qu'il n'y avait pas blennorrhagie quand l'œil a été affecté ; de sorte qu'il ne s'agirait pas ici d'une fonte de l'œil comme on l'observe quand l'ophthalmie blennorrhagique est grave, mais d'une lésion qui serait survenue pendant l'évolution des divers accidents consécutifs, ou probablement d'un accident même de cet ordre, mais beaucoup plus grave que celui qu'on observe le plus souvent, c'est-à-dire l'iritis syphilitique. C'est en effet l'iris qui s'affecte le plus souvent quand le virus a agi sur toute la constitution ; c'est même de cette lésion oculaire seulement qu'on parle dans les livres qui traitent des maladies vénériennes.

Iritis syphilitique.

M. Ricord dit dans ses *Notes à Hunter* : « Il est un accident secondaire dont Hunter n'a pas parlé, parce qu'il échappait aux *lois systématiques qu'il avait posées*, ou parce que très-probablement il ne le connaissait pas : c'est l'iritis syphilitique. » Je cite textuellement [1].

Causes. — L'iritis syphilitique est tellement liée aux affections tégumentaires et elle arrive assez fréquemment à leur suite, qu'elle pourrait être considérée comme un accident des syphilides. Mais cette affection des yeux ne coïncide pas toujours avec l'existence de l'affection cutanée : c'est quelquefois après que celle-ci est entièrement

[1] Hunter, 2e édit., note de M. Ricord, p. 648.

disparue ; elle se produit alors avec ou avant les affections des tissus fibreux osseux, ou comme dernier effet de la diathèse.

Ce mode différent d'apparition a fort embarrassé les classificateurs absolus, et on a cru lever la difficulté en appelant l'iritis *accident de transition*. Mais s'il termine tout, comme cela peut arriver, cette dénomination devient absurde.

On a cherché à établir quelle était la forme des éruptions syphilitiques qui pourrait avoir plus particulièrement une influence sur la production de l'iritis. Selon M. Legendre, ce seraient les syphilides papuleuse et pustuleuse qui fourniraient le plus de cas d'iritis (thèse déjà citée). Mackensie dit que les accidents syphilitiques qu'il a vus le plus souvent associés à l'iritis sont, en première ligne, les éruptions pustuleuse, squammeuse de la face et du tronc, et, en seconde ligne, les affections syphilitiques de la gorge. « Les pustules de la face, dit Mackensie, que j'ai observées en coïncidence avec l'iritis syphilitique étaient souvent volumineuses, dures, situées si profondément dans la peau qu'elles méritaient presque le nom de tubercules. Les éruptions squammeuses de la face se rapprochaient quelquefois de la forme aréolaire de la lèpre. Sur le corps, où l'éruption avait généralement un caractère plus aigu, celle-ci se montrait sous la forme de nombreuses élévations circulaires, d'un rouge brunâtre, grandes comme la moitié d'un pois environ, se terminant par une desquamation successive de minces pellicules épidermiques [1]. »

M. Ricord admet trois degrés d'iritis syphilitique. Selon ce médecin, si le malade se trouve actuellement à la période des accidents secondaires précoces, tels que syphilides exanthématique, rubéolique, l'iritis, se rattachant à cette forme, sera, toutes choses égales d'ailleurs, moins intense et constituera ce qu'on appelle l'*iritis érythémateuse*, et que quelques ophthalmologistes appellent *iritis séreuse*. Il y aurait ensuite une iritis *compagne* des syphilides papuleuses ; alors on observerait dans quelques circonstances des végétations que Beer a comparées aux végétations condylomateuses ; mais le plus souvent, on observerait sur l'iris de *véritables papules* plus ou moins saillantes, de la grosseur d'un grain de millet au plus et de couleur rouge cuivré. Enfin, lorsque l'iritis survient en même temps qu'une syphilide vésiculeuse ou vésico-papuleuse, ce seraient de véritables vésicules, des vésico-pustules, et l'on pourrait même dire de petites pustules ecthymateuses. Chaque forme principale de syphilide aurait donc sa représentation sur l'iris. Telle est la conception de M. Ricord. Ainsi non-seulement on voit ici une iritis syphilitique, mais plusieurs iritis

[1] Mackensie, *Maladies des yeux*, p. 377; traduction de MM. Laugier et Richelot.

syphilitiques qui correspondent à plusieurs syphilides. Et cependant M. Ricord finit par douter de l'iritis syphilitique ; il semble finir par les rejeter toutes, et cela après en avoir décrit trois ! On lit, en effet, dans la même note du même syphiliographe : « En l'absence donc de signes pathognomoniques, on est encore en droit de se demander, comme dans certains cas de pemphigus des nouveaux nés, si la syphilis ici n'agit pas à la manière des causes communes [1]. » De sorte qu'ici la syphilis agirait comme le froid ou un autre excitant non spécifique ; et tout cela parce que cette iritis n'aurait pas un caractère matériel à part. Comme si les antécédents, la marche de la maladie, ses rapports avec d'autres affections concomitantes, telles que les syphilides, comme si toute l'histoire pathologique de l'iritis ne valait pas un caractère anatomique pour établir sa nature !

Symptômes. — Diagnostic. — Avant tout, je dois rappeler que l'iritis, quelles que soient sa cause et sa nature, peut offrir les caractères suivants : 1° vascularisation particulière de la cornée opaque et de l'iris même ; 2° modification dans les mouvements, les formes de la pupille ; 3° production d'une lymphe, d'une humeur plus ou moins purulente, adhérences ; 4° troubles de la vision et douleurs de l'œil ou autour de l'œil, et même plus loin, mais toujours à la tête. Ainsi, il y a ce qu'on appelle la sclérotite zonulaire, c'est-à-dire des vaisseaux très-déliés, qui se rendent comme des rayons vers le bord de la cornée transparente. L'iris est altéré dans sa couleur par un développement vasculaire anormal ou la production d'une lymphe dans sa substance ou à sa face postérieure. S'il est naturellement bleu, il tourne au vert, et devient rougeâtre quand il est brun. La pupille se rétrécit et ses mouvements sont altérés ou perdus. La lymphe dont j'ai déjà parlé peut s'épancher dans la chambre postérieure et même dans la chambre antérieure. Cette même lymphe peut s'organiser sur certains points en membranes, en brides, lesquelles attachent le bord pupillaire à la capsule du cristallin, beaucoup plus rarement à la cornée. Les productions morbides peuvent revêtir la forme de tubercules, de pustules : ce sont alors, dans le plus grand nombre des cas, de petits abcès de l'iris. Enfin, il y a des symptômes subjectifs qui portent sur la vision, laquelle est plus ou moins troublée et quelquefois abolie ; il y a photophobie, et il existe des douleurs circumorbitaires qui peuvent être nocturnes. Ces caractères ne se rencontrent pas tous dans toutes les inflammations de l'iris, mais on peut les observer, quelle que soit leur cause [2].

[1] Voyez *Notes à Hunter*, p. 682, 2e édition.

[2] Voyez dans ma *Pathologie externe* les diverses formes, les divers degrés de l'iritis, t. III, p. 18 et suiv., 3e édition.

Les Allemands, Beer en tête, donnent comme caractères matériels appartenant à l'iritis spécifique une déformation particulière de la pupille, et ce qu'ils appellent des condylomes qui naîtraient de l'iris. Le premier caractère consisterait en un mouvement graduel de la pupille en haut et en dedans; cette ouverture alors, au lieu d'être au centre de l'iris, se trouverait beaucoup plus près du bord interne supérieur de ce diaphragme, ce qui constitue une déformation de la pupille, qui rend son grand axe oblique de bas en haut et de dehors en dedans. Cette déformation peut certainement exister pendant l'iritis syphilitique, mais on l'a observée aussi pendant l'iritis rhumatismale. Bien plus, on peut, en suivant les diverses phases de l'iritis syphilitique, observer et cette déformation et la déformation opposée. Ce caractère n'est donc régi par aucune loi; il peut dépendre des rapports des adhérences avec la capsule cristalline et des effets de la belladone souvent employée dans le traitement de l'iritis. Si les adhérences n'existent pas encore quand la pommade belladonisée est appliquée, la pupille se dilatera également en tous sens et n'offrira aucune déformation. S'il existe déjà des adhérences, on voit la pupille se dilater inégalement, et c'est alors seulement qu'on observe des déformations de la pupille; elles sont donc le résultat de l'action de la belladone, dilatant les portions d'iris libres d'adhérences, et laissant dans la même situation les parties rendues fixes par de fausses membranes ou des adhérences; de là des déformations qui ne présentent rien de constant, et par conséquent rien de pathognomonique. C'est ainsi que M. Legendre a vu deux fois des pupilles rétrécies et circulaires s'agrandir par l'action de la belladone, et prendre une forme oblique de bas en haut et de dedans en dehors, direction opposée à la forme que l'on a regardée comme pathognomonique; une autre fois la pupille était verticale et losangine; enfin, dans les autres cas, la pupille déformée ne pouvait pas être ramenée à une figure déterminée. La déformation de la pupille que l'action de la belladone met accidentellement en évidence est reproduite, mais d'une manière permanente, par la guérison de l'iritis. En effet, lorsque la coarctation circulaire cesse avec la disparition de l'inflammation de l'iris, la pupille tend à reprendre son diamètre habituel; mais si, pendant la durée du rétrécissement de la pupille, des adhérences se sont formées, la dilatation ne pourra s'opérer que sur les points restés libres; de là une déformation habituelle de la pupille déterminée par les adhérences.

Quant aux condylomes, ce seraient, d'après les meilleurs ophthalmologistes, des abcès qui arrivent plus fréquemment dans l'iritis syphilitique que dans les autres iritis. On devra donc prendre en considéra-

tion la circonstance de leur apparition, surtout s'ils coïncident avec une syphilide, laquelle aura plus de valeur dans l'établissement du diagnostic.

Mackensie a noté une couleur rouillée de l'iris auprès de son bord pupillaire, phénomène, dit-il, que l'on observe certainement dans l'iritis syphilitique. Mais M. Desmarres a vu cette coloration dans des cas d'iritis sans complication spéciale.

La marche, le caractère des douleurs de l'iritis syphilitique méritent la plus grande considération. La marche de l'iritis syphilitique est plus lente et moins aiguë que celle de l'iritis traumatique, qui, assez fréquemment, se termine par l'oblitération rapide et complète de la pupille. La cause de l'iritis traumatique étant toute locale, elle semble s'épuiser sur l'œil atteint. Rien n'est plus fréquent au contraire que de voir l'iritis syphilitique passer d'un œil à l'autre, et, à peine terminée, reparaître de nouveau, et cela jusqu'à trois ou quatre reprises différentes. Souvent ce n'est qu'à la suite de plusieurs inflammations du même iris que se développent de fausses membranes qui oblitèrent rarement la pupille. Les désorganisations de l'œil, les staphylomes sont très-rares à la suite de cette iritis spécifique. La photophobie existe pendant l'iritis syphilitique; mais elle peut être absente, et elle a rarement l'intensité que l'on constate dans les autres formes d'iritis.

Il est évident qu'il y a des accès de douleur pendant l'iritis syphilitique; ces accès sont nocturnes, et quand ces douleurs existent pendant la journée il y a toujours une heure de la nuit marquée par une exacerbation. Il est rare que l'accès ou l'exacerbation arrive avant onze heures du soir, c'est plus souvent à minuit ou à une heure du matin. Ces douleurs ont pour siége non-seulement l'œil où elles sont compressives, l'orbite, mais la moitié correspondante de toute la tête; quelquefois il y a un retentissement vers l'occiput. Je sais parfaitement que d'autres iritis sont avec douleurs nocturnes : ainsi l'iritis rhumatismale et même l'iritis simple; mais je crois ce phénomène beaucoup plus marqué dans l'iritis syphilitique. J'accorde à cette circonstance bien plus de valeur qu'aux condylomes, car je les ai rarement observés, tandis que les douleurs nocturnes n'ont jamais fait défaut toutes les fois que l'iritis syphilitique a eu un certain degré d'intensité. J'ajouterai que le sulfate de quinine a une grande influence sur ces douleurs : ainsi l'heure des accès peut être changée par ce puissant modificateur qui finit par les faire disparaître.

Aucun des caractères de l'iritis, pas plus les caractères anatomiques que les physiologiques, aucun pris isolément, ne pourra indiquer la nature syphilitique. Mais réunis ils devront avoir une valeur réelle dans

le diagnostic, surtout ceux qu'on puisera dans la marche, la nature des douleurs. Avant tout, examinez la peau, si vous voulez établir un diagnostic certain. En effet, on trouve presque infailliblement sur la peau une de ces éruptions ou des traces qui indiqueront son passage, et si elle n'a pas existé encore, elle apparaîtra bientôt avant que l'iritis soit très-avancée. Dans le cas où le tégument externe n'exprime rien, on trouvera probablement vers les muqueuses de la cavité buccale, de l'anus et des parties génitales, des lésions analogues aux syphilides. De sorte qu'en fin de compte la certitude du diagnostic devra être puisée en dehors des caractères physiques de l'iritis. Mais ce n'est pas une raison pour dédaigner les éléments que cette symptomatologie peut fournir, car ils peuvent nous mettre sur la voie et nous porter à un examen du tégument qu'on aurait peut-être négligé sans ces premiers avertissements.

Je ne chercherai pas à établir maintenant les variétés d'iritis syphilitiques. J'ai déjà dit que M. Ricord avait supposé une iritis pour chaque forme de syphilide. Il y aurait une iritis érythémateuse, une iritis papuleuse, une iritis pustuleuse. Les iritis les moins graves correspondraient ainsi aux formes légères des éruptions cutanées, tandis que les iritis graves correspondraient aux formes graves de ces mêmes éruptions. Tout ce que je puis dire, c'est que j'ai observé des iritis très-peu graves tout à fait érythémateuses avec les formes les plus profondes des éruptions cutanées.

Pronostic. — Le pronostic ne tire pas sa gravité de l'iritis syphilitique même, car, comme inflammation du diaphragme oculaire, c'est peut-être une des moins compromettantes pour la vision. Une circonstance qui doit rendre le pronostic au moins très-réservé, c'est la tendance évidente de cette iritis pour les récidives. Mais le danger vient surtout de l'altération que l'organisme en entier a subi par le fait de la vérole, c'est-à-dire du nouveau tempérament du malade. En effet, l'iritis survenant quand la vérole est constitutionnelle, et après d'autres manifestations syphilitiques, le sujet est en général débilité, et par conséquent peu favorablement disposé à supporter les antiphlogistiques et les autres débilitants qui font partie principale de la thérapeutique de l'iritis.

Traitement. — Les évacuations sanguines sont souvent indiquées. Monteath insiste sur l'indispensable nécessité de ces moyens, surtout dans certains cas; il combat ceux qui placent toute leur confiance dans le mercure pour combattre cette espèce d'iritis, à l'exclusion de tous les autres moyens de traitement, tels que la saignée, les vésicatoires, etc. Ce praticien a vu en effet des iritis syphilitiques marcher

à grands pas vers un hypopion dangereux, malgré l'action pleine et entière du mercure, et s'arrêter d'emblée dans leurs progrès par une large saignée du bras et l'application d'un vésicatoire à la nuque. Mackensie, qui cite et approuve Monteath, dit avoir été obligé de saigner au bras à plusieurs reprises, indépendamment des applications de sangsues, avant de voir céder suffisamment les symptômes pour qu'on pût attendre beaucoup d'avantages du mercure qui était administré [1]. Malheureusement l'iritis syphilitique se déclare souvent dans des cas où la constitution, fortement débilitée, se prête peu aux saignées.

Les applications autour de l'orbite, sur les paupières, sont très-usitées, soit pour calmer les douleurs, soit pour empêcher les rétrécissements, les oblitérations de la pupille, soit comme antiphlogistique hyposthénisant, soit enfin comme antidiathésique.

Des *frictions opiacées* sont faites ordinairement pour empêcher les douleurs nocturnes : on les pratique environ une heure avant l'attaque des douleurs. On couvre ensuite l'œil avec une compresse pliée en plusieurs doubles qu'on fait préalablement chauffer devant le feu. Toutes les fois que la douleur menace de se reproduire, et elle tend à se faire sentir particulièrement vers minuit, on doit renouveler les frictions opiacées. On a employé aussi l'onguent mercuriel opiacé, ou enfin la teinture de tabac, suivant les circonstances et l'opinion du praticien. L'extrait de belladone sous forme de pommade est beaucoup plus employé d'après la formule suivante :

Extrait de belladone.......	4 grammes.
Axonge..................	30 grammes.

On applique aussi moitié extrait de belladone et moitié onguent mercuriel. Il y a des précautions à prendre quand la belladone est employée à une dose un peu forte. C'est ici le lieu de parler d'un phénomène qui a souvent été observé et dont M. Velpeau fait mention. On prescrit ordinairement l'extrait de belladone pour s'opposer au rétrécissement de la pupille et pour favoriser la déchirure des fausses membranes qui peuvent se développer dans le champ de la pupille rétrécie. Mais on a observé que la pupille n'obéissait pas à l'action dilatatrice de la belladone, dans les cas d'inflammation très-intense de l'iris ; c'était seulement quand l'inflammation tombait, et pendant que la congestion diminuait, que la dilatation de la pupille pouvait s'opérer et amener la déchirure et la séparation des fausses membranes grisâtres et très-minces qui avaient pu se développer. Ceci implique la nécessité préalable des antiphlogistiques.

[1] *Maladies des yeux*, traduction française.

On étendra la belladone largement tous les soirs sur les sourcils et sur les paupières. Après la cessation des symptômes aigus, on peut faire tomber plusieurs fois par jour sur la conjonctive la solution aqueuse filtrée de cette substance. L'emploi de ce médicament doit être continué régulièrement pendant des mois, à moins que la pupille n'ait complétement recouvré sa mobilité naturelle.

Le meilleur de tous les moyens, c'est encore le mercure. C'est sur ce médicament, dit Mackensie, que l'on doit fonder ses principales espérances pour arrêter les progrès de l'inflammation syphilitique de l'iris et dissiper les changements morbides qui peuvent s'être déjà produits dans cette membrane et dans la pupille. Et ici ce n'est pas le cas de l'administrer à petites doses et comme altérant; il faut que la constitution en soit pleinement imprégnée, et surtout que la bouche soit manifestement affectée. Dans beaucoup de cas, on ne voit que peu d'effets produits tant qu'une salivation assez abondante n'est point établie.

Je fais frictionner deux fois par jour les paupières, les sourcils, avec une pommade composée de deux tiers d'onguent napolitain et d'un tiers d'extrait de belladone; puis on frictionne sous les angles maxillaires avec l'onguent napolitain seul. De plus, j'administre à l'intérieur deux, trois, jusqu'à quatre pilules de proto-iodure par jour. La bouche ne tarde pas à s'affecter, même gravement, d'où une fluxion substitutive et la résolution prompte de l'iritis. Je ne connais pas une pratique plus salutaire, plus rapide.

Mackensie parle d'un cas où le mercure fut mis de côté par le médecin de la famille; ayant été repris, il ne produisit que peu d'avantages, enfin le malade ayant pris 10 grains de calomel et 5 grains d'opium chaque jour, pendant plusieurs jours de suite, la bouche s'affecta tout à coup et l'iritis se dissipa *comme par enchantement*. C'était un cas positivement syphilitique; le corps était couvert par une éruption cuivrée.

Mackensie préconise beaucoup l'union du calomel à l'opium. On peut donner une pilule composée de 1 décigramme du premier et de 2 à 6 ou 8 centigrammes du second, le matin, au milieu du jour et le soir, jusqu'à ce que les gencives soient décidément affectées; ensuite on peut continuer deux pilules par jour pendant quelque temps, et quand la salivation mercurielle est plus avancée, on n'en donne qu'une le soir. Cette médication est destinée aux cas graves, quand on doit se hâter d'arrêter les progrès de la maladie, de prévenir l'épanchement de la lymphe dans la pupille ou d'en déterminer l'absorption si elle est déjà déposée. Pour les cas légers, on peut se contenter de donner une pilule matin et soir, dès le début.

Le mercure, surtout le proto-iodure, devra être continué très-longtemps, non-seulement pour que l'iritis soit enrayée et ses effets dissipés, mais encore pour guérir la syphilis constitutionnelle, car il ne faudrait pas conclure de la cessation de l'iritis à la guérison de la syphilis, et l'on n'oubliera pas ici les faits qui prouvent que la maladie constitutionnelle est ou paraît être guérie, bien qu'il reste encore beaucoup à faire, et cela principalement par l'action du mercure, pour que l'œil soit délivré de l'iritis et de ses effets consécutifs.

Je vais parler d'un moyen qui a beaucoup été vanté, c'est la térébenthine. Carmichaël, de Dublin, a rapporté dans son mémoire des cas qui offriraient la preuve que ce médicament a guéri quelquefois l'iritis syphilitique. Après l'épanchement de la lymphe dans la pupille et après la formation des condylomes à la surface de l'iris, il a ramené ces parties à leur état normal. Ce qui porta Carmichaël à employer la térébenthine contre l'iritis, ce fut l'influence reconnue de ce moyen sur la péritonite et l'analogie qui existerait entre ces deux maladies sous le rapport des effets morbides, puisque dans l'un et dans l'autre cas une membrane séreuse se trouverait affectée, et que dans toutes deux également il s'établit des adhérences entre des surfaces qui sont destinées à être isolées l'une de l'autre. Ce moyen, que je n'ai pas administré d'ailleurs, pourrait convenir dans des cas où diverses circonstances empêcheraient l'administration du mercure.

On donne l'huile de térébenthine à la dose d'un drachme trois fois par jour. On évitera sa saveur désagréable et les nausées qu'elle produit en la prenant sous forme d'émulsion. S'il survient de la strangurie on peut donner l'infusion de graine de lin ou un julep camphré; on suspendra la térébenthine pendant quelque temps. Pour prévenir les chaleurs d'estomac, on a conseillé l'addition de 25 à 30 centigrammes aux 240 grammes d'émulsion contenant 30 grammes de térébenthine.

Concurremment avec tous ces moyens et même avec les applications opiacées dont il a déjà été question, on devra employer le sulfate de quinine, si les douleurs nocturnes sont marquées. On donnera donc une pilule de 1 décigramme de quinine à l'heure du coucher, et une autre pilule une heure avant l'accès.

ARTICLE V.

Maladies des testicules.

Dans la première section de ce livre, j'ai décrit une affection des testicules qui est une des *maladies vénériennes dites primitives;* c'est

l'orchite, lésion presque toujours aiguë. Ici il s'agira d'une affection observée après d'autres manifestations syphilitiques; c'est une des formes les plus remarquables de la syphilis consécutive, c'est le *sarcocèle syphilitique* ou le *testicule vénérien,* maladie essentiellement chronique.

Sarcocèle syphilitique ou testicule vénérien.

Cet engorgement chronique, qui avait déjà été entrevu par Astruc, que B. Bell semble indiquer, n'a commencé à être un peu connu que depuis les observations de Dupuytren et d'A. Cooper. Mais ce sont surtout les travaux plus modernes qui ont réellement éclairé l'histoire de cette maladie en laissant néanmoins bien des points encore obscurs.

Comme je l'ai déjà dit, le sarcocèle syphilitique est une des formes les plus remarquables de la syphilis consécutive ; c'est aussi la maladie dont les débuts fournissent peut-être la preuve la plus forte contre la division systématique des accidents en trois périodes. En effet, la même tumeur peut être un accident secondaire, un accident de transition et un accident tertiaire ; car tantôt on voit le sarcocèle syphilitique se développer pendant l'existence du chancre et au moment où apparaissent les syphilides les plus précoces et même sans syphilide préalable, tantôt il n'apparaît qu'avec des syphilides profondes et tardives avant l'exostose ; enfin il peut n'arriver qu'à la dernière période et avec les exostoses : il est alors tertiaire ! J'ai observé pendant longtemps dans mes salles trois malades qui portaient des testicules syphilitiques qui avaient ces trois rapports avec les autres accidents.

Symptômes. — Si l'on veut dissiper, en partie, les obscurités qui entourent encore l'histoire des engorgements vénériens du testicule, il faut de nécessité établir deux variétés.

Première variété. — Il a existé une blennorrhagie, qui peut durer encore, mais elle est rarement seule, car le plus souvent il y a ou il y a eu des chancres. La tumeur commence presque toujours par l'épididyme ; à une période ordinairement avancée de la maladie on constate un épanchement plus ou moins considérable de sérosité dans la tunique vaginale. Quelquefois le testicule s'affecte en même temps que l'épididyme; il peut former la plus grande partie de la tumeur, qui est, en général, considérable ; elle est presque toujours plus volumineuse que dans la deuxième variété, plus inégale et plus douloureuse. C'est surtout dans cette première variété que la tumeur est le siége de douleurs lancinantes comme celles du cancer. Pour peu que la maladie

soit ancienne, on trouvera les deux côtés affectés ; alors, quand on croit avoir affaire à une orchite ordinaire qui passe d'un testicule à l'autre, on est bien trompé, car, tandis que l'orchite ordinaire disparaît d'un côté au moment où l'autre s'affecte, ici on voit la tumeur d'un côté faire des progrès, tandis que celle du côté opposé ne rétrograde pas. C'est là l'engorgement testiculaire qui est pour M. de Castelnau une orchite chronique et pour les autres syphiliographes un testicule syphilitique, et qui, pour moi, est l'une et l'autre. Si l'on veut, je dirai que c'est une orchite compliquée de syphilis, ce qui lui donne un caractère éminemment chronique. Ainsi, dans cette première variété, la vérole s'est portée sur un testicule déjà malade, déjà enflammé ; elle a envahi l'orchite.

Deuxième variété. — Cette variété peut être observée chez des malades n'ayant jamais eu de blennorrhagie, qui même n'ont jamais eu antérieurement aucune affection des parties génitales, puisque j'ai observé un sarcocèle syphilitique chez un sujet dont le seul antécédent était un chancre à la lèvre. En général il y a eu d'abord une ulcération primitive de la verge, puis une syphilide. Dans le plus grand nombre des cas, rien n'annonce que le testicule va être envahi, et souvent le hasard seul fait découvrir au malade qu'il y a quelque chose de changé à ses parties génitales, ou bien il éprouve un peu de pesanteur, une gêne, un tiraillement. Si le médecin n'explore pas fréquemment les testicules du syphilitique qu'il traite, il peut ignorer l'existence de l'affection dont je parle. Ceci arrive plus souvent qu'on ne pense. On observe, mais rarement, qu'une douleur gravative aux lombes, manifeste surtout la nuit, précède ou accompagne cette variété d'engorgement syphilitique. En général, la tumeur est moins considérable que dans la première variété. Quelquefois l'épididyme ne prend aucune part à la formation de la tumeur. La glande s'endurcit peu à peu par plaques, par zones; elles se multiplient, enfin elles se réunissent toutes, et le testicule, sans avoir augmenté de volume, sans changement manifeste de sa forme, devient d'une dureté remarquable. En général, les deux testicules sont affectés, mais, il y en a un qui l'est d'une manière plus marquée, ce qui fait qu'il fixe seul l'attention des observateurs. Si un seul testicule est d'abord affecté, l'autre ne tardera pas à être envahi. On a réellement rencontré un seul testicule malade dans des cas anciens; mais comme un traitement énergique avait déjà été administré, un testicule avait été guéri, tandis que l'autre est resté malade, et celui-ci a été alors considéré comme seul affecté, parce qu'on a négligé les antécédents. Ainsi l'erreur vient de ce qu'on observe trop tôt ou trop tard.

L'atrophie du testicule peut être une conséquence du sarcocèle dont il s'agit, mais elle n'est pas constante. Plus d'une fois les deux testicules complétement vénériens sont revenus à leur état normal et ont rempli ensuite parfaitement leur fonction. J'ai même constaté l'hypertrophie testiculaire après l'affection syphilitique. J'ai observé le testicule syphilitique chez un sujet qui n'en avait qu'un, l'autre avait été amputé, et ce malade, après sa guérison, a abusé du coït. Je reviendrai sur ces faits.

Cette deuxième variété, qui porte plus spécialement sur la glande séminale, peut se produire sans qu'on ait observé antécédemment aucun chancre; elle peut être la suite d'une blennorrhagie syphilitique. Ce sont les cas de cette dernière espèce qui ont jeté le plus d'obscurité dans l'histoire de la maladie que j'étudie ici, car les partisans de l'orchite chronique, ceux qui rejettent presque toujours la seconde variété que je viens de décrire, tirent un grand parti de l'antécédent blennorrhagique pour constituer cette même orchite chronique.

En général, les tumeurs ne sont pas douloureuses, qu'elles appartiennent à la première ou à la seconde variété. Si l'on comprime un peu fort, on peut produire la douleur ordinaire de la compression d'un testicule sain. Mais il arrive souvent que cette compression n'éveille aucune espèce de sensibilité. La douleur, s'il y en a une, est plutôt vers la région inguinale, et elle est alors, dans le plus grand nombre des cas, causée par le poids de la tumeur lorsque celle-ci est volumineuse.

Comme je l'ai déjà dit, il s'agit ici d'affections chroniques. La marche est donc lente, la durée peut être de plusieurs années. Si l'on observe une certaine tendance à l'état aigu, c'est qu'il s'agit de la première variété, c'est que l'épididymite est intervenue. Il y a dans le plus grand nombre des cas une altération marquée des fonctions testiculaires. Les désirs vénériens sont moins vifs, s'éteignent quelquefois complétement; les érections sont donc moins fréquentes; les rapports sexuels, moins recherchés d'abord, finissent par devenir impossibles. Le sperme subit une diminution, une altération qui est prouvée par le nombre toujours moins considérable des animalcules. Ces lésions de fonction sont d'autant plus marquées que l'affection atteint plus particulièrement la substance testiculaire et qu'elle envahit les deux côtés. La deuxième variété, sous ce rapport, est plus grave que la première. Je reviendrai d'ailleurs sur l'altération des fonctions génitales en parlant du *pronostic*.

Diagnostic. — Le diagnostic sera singulièrement simplifié si l'on

a égard à la *règle générale*[1] que j'ai fait connaître dans un travail lu à l'Académie de médecine. J'ai dit que quand il y a engorgement chronique des deux testicules, l'affection est nécessairement bénigne ; elle ne peut appartenir à aucune forme de cancer, ni à la catégorie des tumeurs formées par des tubercules qui sont répétés dans les viscères. Ainsi le sarcocèle syphilitique ne peut être confondu qu'avec l'engorgement chronique des testicules considéré comme tuberculeux, mais qui est bénin parce que l'affection des bourses n'est pas répétée dans les viscères. Il s'agit donc de distinguer le sarcocèle syphilitique de cet engorgement chronique, ou, si on le préfère, de ces tumeurs tuberculeuses bénignes. Ici les antécédents, les symptômes concomitants seront d'un grand secours. De plus, la tumeur de la seconde variété est bien moins inégale que la tumeur strumeuse et la dureté porte sur le testicule même, tandis que celui-ci a sa souplesse normale dans la tumeur strumeuse. La première variété, celle que j'ai décrite d'abord, serait plus facilement confondue avec l'engorgement dont il est question, d'autant mieux que dans les antécédents des deux tumeurs on peut trouver une blennorrhagie. Mais la tumeur strumeuse est beaucoup plus inégale, souvent il y a des points de cette tumeur qui se ramollissent, qui suppurent ; il est rare que le malade n'ait pas éprouvé de la douleur à une certaine période de la maladie, la compression détermine cette douleur et même une compression légère. Le sarcocèle syphilitique, au contraire, peut parcourir toutes les phases sans jamais avoir été le siége de la moindre douleur, et quelquefois même par une compression un peu forte.

Le traitement peut ici éclairer le diagnostic ; en effet, l'iodure de potassium à haute dose aura une action prompte, marquée sur la tumeur syphilitique, surtout dans les premiers temps, tandis que le même modificateur, s'il agit sur la tumeur strumeuse, ne le fera qu'après un très-long temps et après une modification profonde de l'organisme. Il est vrai que l'action si prompte et si évidente dont j'ai parlé ne s'exerce que sur la première variété, et qu'il est rare de l'observer avec ces caractères quand l'iodure est administré contre la première variété. Mais cette première variété est très-favorablement influencée par le traitement mercuriel externe et interne, tandis que le mercure est funeste dans les cas de tumeurs strumeuses.

Pronostic. — J'ai déjà manifesté mon opinion sur le pronostic du sarcocèle syphilitique, puisque je l'ai classé parmi les tumeurs bénignes des bourses. Ainsi le pronostic est favorable, surtout depuis que

[1] Je dis *règle générale* et non *loi absolue*, deux choses bien différentes, car, en pathologie, la première existe et l'autre n'existe pas.

l'iodure de potassium a été introduit dans la thérapeutique de certaines formes de la syphilis. Tout le monde convient de cela. L'individu n'a donc rien à craindre, en général; mais que lui reste-t-il de ses fonctions génitales? Voilà une grave question que j'ai cherché à traiter dans un travail lu à la Société de chirurgie.

Il est évident que le testicule atteint de ce qu'on a appelé sarcocèle syphilitique subit de profondes modifications dans sa structure. Cet organe peut passer à l'état fibreux, devenir cartilagineux, son parenchyme peut même être envahi par des sels calcaires; mais ce qui domine alors, c'est l'atrophie. L'acte nutritif est affaibli dans la substance testiculaire ; l'organe est amoindri, et après la guérison de cette espèce de sarcocèle il reste plus faible, plus petit. L'atrophie testiculaire est donc un fait qui se produit assez fréquemment, après le sarcocèle syphylitique, pour qu'on soit autorisé à lui donner un caractère de généralité. Mais je pense que ceux qui ont voulu considérer l'atrophie comme une terminaison fatale du sarcocèle syphilitique sont allés au-delà de l'observation, ou, pour mieux dire, n'ont pas suffisamment observé avant de conclure. On conçoit les conséquences, pour les fonctions génitales, de l'atrophie du testicule, puisque, si elle est portée très-loin, si elle envahit les deux parenchymes, elle équivaut à la castration. Malheureusement cela arrive quelquefois. Ainsi j'ai été consulté par un de mes confrères qui avait vu le parenchyme de ses testicules se fondre, pour ainsi dire, sous l'influence syphilitique ; il ne restait plus des deux côtés qu'une portion de l'épididyme; ces débris de l'organe étaient d'une sensibilité extraordinaire ; l'impuissance était complète. Ce fait montre l'atrophie dans ses effets les plus graves. Il est plus fréquent de voir le testicule seulement réduit dans son ensemble, un peu déformé et de consistance inégale.

L'échec éprouvé par la virilité n'est pas toujours en rapport avec les pertes que la syphilis semble avoir fait subir à la substance testiculaire : on voit, en effet, des sujets ne pouvant plus entrer en érection, ou capables seulement d'une émission séminale très-peu abondante, très-fluide, et qui cependant n'ont presque rien perdu de la substance testiculaire. Ces différences tiennent beaucoup à l'âge du sujet, à l'usage ou à l'abus qu'il a pu faire de ses forces viriles et à l'état de son esprit. Sous ce dernier rapport, on peut observer des faits bien tristes : ils se produisent surtout dans la classe de la société qui peut comprendre ce que c'est que l'atrophie testiculaire ou du moins ses effets sur la virilité. On a expliqué à ces malheureux le chancre induré et ses conséquences, le testicule syphilitique et ses résultats ; le mal les tient longtemps sous son influence ; leur esprit se fait à l'idée d'une impuissance

dont souvent ils ne sont pas frappés en réalité; ils n'osent aborder le mariage, se considérant comme des hommes déchus, et vivent dans le célibat le plus complet et le plus triste. Si certaines considérations, des exigences de famille ou l'intérêt les portent à contracter des liens conjugaux, au moment d'accomplir l'acte, le courage qu'ils s'étaient fait les abandonne, il se passe alors des scènes fort sombres. J'ai connu un sujet qui s'est trouvé acteur d'une pareille scène, qui plus tard est réellement devenu père, et cela quand il a été persuadé que la virilité peut très-bien être conservée aux individus qui ont eu les deux testicules syphilitiques, mais quand un traitement méthodique a été fait à temps. Ce seul fait est bien de nature à faire comprendre l'importance du sujet que je traite.

Pour mon compte, non-seulement je ne crois pas à une atrophie, à une impuissance fatale après la guérison de ce qu'on appelle sarcocèle syphilitique, mais je connais des faits qui me portent à penser que, dans certains cas, le testicule affecté ainsi de syphilis peut, après un traitement bien dirigé et commencé à temps, après guérison, conserver sa vigueur, être complétement réparé au point de vue anatomique et physiologique. Une exception rare, c'est de voir la même influence syphilitique, s'exerçant sur le même individu, produire des effets complétement opposés dans chaque testicule ; elle atrophiera un testicule, tandis qu'elle hypertrophiera le congénère. Je rapporterai bientôt une observation qui est une preuve de ce double effet de l'affection syphilitique.

L'observation qui établit le mieux que la virilité peut survivre à une affection syphilitique profonde du testicule a déjà été publiée par moi ; elle est dans mon livre de *chirurgie* et je la reproduirai en parlant de la thérapeutique. Le sujet était un militaire auquel un chirurgien de l'armée enleva un testicule pour une tumeur qu'on crut de nature maligne. L'autre testicule s'affecta plus tard ; il formait une tumeur ayant les caractères de celle qui déjà avait été enlevée ; je m'informai des antécédents, parmi lesquels je trouvai des symptômes vénériens. Je fis prendre à ce militaire de l'iodure de potassium à la dose que j'appelle *suffisante*. Le testicule revint peu à peu à l'état normal ; seulement son volume resta plus considérable que celui d'un testicule ordinaire. Je note ici, avec soin, que l'observation finit par ces mots : *Le sujet est toujours plus porté aux plaisirs vénériens*. Ce qui me l'a confirmé, c'est que j'ai été à même de traiter ce militaire de deux blennorrhagies depuis sa sortie de l'hôpital.

Ainsi, voilà un sujet qui n'a plus qu'un testicule, ce testicule est affecté de ce qu'on appelle sarcocèle syphilitique ; les antécédents, les

caractères de cette tumeur, les bons effets de l'iodure de potassium, tout le prouve, eh bien ! ce testicule, après guérison, non-seulement n'est pas atrophié, mais il semble hypertrophié ; non-seulement la virilité n'est pas éteinte, mais elle se manifeste par des écarts que le malade paye par plusieurs chaudes-pisses.

Dans mon service de l'hôpital du Midi, il y avait, en août 1847, un charretier qui a offert un cas analogue à celui que je viens de faire connaître. Ce malade n'avait pas perdu de testicule, mais il en portait un qui n'avait pris aucun développement : c'était le droit ; il était resté vers l'orifice externe du canal inguinal, où il n'était représenté que par l'épididyme, qui avait à peine le volume d'une fève de marais. Ce charretier sortit guéri de mon service ; il contracta ensuite un chancre dans une maison de tolérance, le transmit à sa femme qui devint enceinte et donna le jour à un enfant, qui mourut peu de temps après sa naissance avec des syphilides comme celles que j'avais observées chez la malheureuse mère. Voilà donc encore un sujet qui n'avait, en réalité, qu'un testicule ; il est devenu manifestement syphilitique, et cependant la virilité n'a nullement été atteinte, puisqu'elle s'est manifestée par des rapports dont la conséquence a été la naissance d'un enfant portant les traces du mal paternel.

Voici maintenant une observation qui semble prouver que l'affection syphilitique, envahissant les deux testicules, peut en atrophier un. M. Ricord fait remarquer que cette atrophie est consécutive à une affection réelle du testicule qu'on a pu ignorer, car elle n'a pas augmenté le volume du testicule. Pour moi peu importe que l'atrophie soit primitive ou consécutive ; ce que je soutiens, c'est qu'il peut y avoir atrophie d'un côté, et hypertrophie de l'autre.

Le 19 juillet 1845 est entré dans mon service le nommé B..., âgé de cinquante ans, cantonnier, d'une bonne constitution. Il y a vingt ans, il contracta un chancre qui fut suivi d'un bubon suppuré du côté gauche. Au bout de dix jours le chancre fut cicatrisé, mais le malade fut obligé de rester au lit pendant quarante jours pour attendre la guérison du bubon. Il a pris à cette époque des pilules, mais il ne sait pas si elles contenaient du mercure ; jamais il n'a eu d'éruption à la peau, ni de mal de gorge. Il y a six ans, il éprouva des douleurs dans la tête, le cou et les membres, sans cause appréciable ; elles ne durèrent que quinze jours. Il y a trois mois, il contracta un nouveau chancre à la partie antérieure de l'impasse du prépuce ; le chancre fut seulement cautérisé ; il était cicatrisé au bout de quinze jours.

Jamais ce malade n'a eu de blennorrhagie. Il y a cinq mois, c'est-à-dire deux mois avant le dernier chancre, le testicule gauche commença

à grossir sans devenir douloureux. Depuis un mois seulement, le malade y ressent des élancements plus fréquents la nuit que le jour.

Aujourd'hui le testicule gauche a le volume d'un gros œuf de poule; il est dur, pesant, piriforme, présentant de très-légères inégalités. On ne sent pas l'épididyme, qui paraît confondu avec le testicule.

Le cordon est un peu plus gros qu'à l'état normal, les veines du même côté sont aussi plus développées. La pression ne détermine qu'une faible douleur. Il y a un mois et demi, il parut à la partie externe et supérieure de la cuisse gauche une petite tumeur qui suppura. La plaie n'est tout à fait cicatrisée que depuis huit jours; il reste une cicatrice assez large, rougeâtre, analogue à celles que laissent après eux les tubercules cutanés.

Le testicule du côté droit est atrophié; il est réduit à la moitié de son volume. Cette diminution s'est opérée sans gonflement préalable, environ deux mois après que le gauche eut commencé à augmenter de volume et à l'époque où des emplâtres fondants avaient été appliqués sur ce dernier, ce qui avait fait croire au malade que l'emplâtre était la cause de l'atrophie du côté droit.

12 juillet. — L'iodure de potassium est administré au malade à la dose de 2 grammes par jour. Ce modificateur est rapidement porté jusqu'à la dose de 6 grammes par jour.

Huit jours après, les douleurs n'existaient plus et la diminution dans le volume du testicule était sensible.

28 juillet. — Le testicule gauche, celui qui était volumineux, est réduit à la moitié à peu près de ce qu'il était à l'entrée du malade. On y sent bien plus manifestement des bosselures quand on le fait glisser sous la peau entre les doigts; la consistance est moins considérable. L'épididyme se distingue parfaitement du reste de la glande; le cordon a repris son volume normal. Il n'y a plus de douleurs même à une pression un peu forte. La sensibilité normale semble diminuée.

Depuis quelques jours le malade éprouve de la faiblesse dans la vue, les vaisseaux rayonnés de la sclérotique sont légèrement injectés; il y a de la photophobie et du larmoiement. Le malade se plaint aussi de bourdonnements dans l'oreille gauche; mais ceux-ci existent depuis plusieurs années.

8 août. — Les yeux sont revenus à leur état normal; tous les phénomènes congestifs ont disparu. Les bourdonnements d'oreille continuent. Les bosselures du testicule gauche sont devenues moins nombreuses et moins sensibles. La consistance a encore diminué.

22 août. — Le testicule gauche a aujourd'hui sa forme ordinaire. Mais il reste plus volumineux qu'un testicule normal. Le droit est toujours

petit, c'est-à-dire réduit de moitié. J'ai pu revoir ce malade, un mois après sa guérison, car il est venu me consulter pour une blennorrhagie qu'il venait de contracter.

Voilà trois faits qui prouvent que le testicule et ses fonctions peuvent être conservés dans leur intégrité après les effets, après la guérison du sarcocèle syphilitique. Ils m'autoriseraient même à admettre l'hypertrophie testiculaire dans les mêmes circonstances.

Je ne me dissimule pas les objections qu'on pourrait faire et qu'on pourrait puiser dans les faits mêmes que je viens de citer. On m'objectera peut-être que l'hypertrophie d'un testicule, quand l'autre est absent, ou quand il est incomplétement développé, que cette hypertrophie est un fait d'organogénésie très-connu ; qu'ici l'hypertrophie a précédé l'infection syphilitique. Le mouvement hypertrophique aurait donc été soumis à cette loi de compensation qui veut que les matériaux destinés à l'accroissement d'un organe absent ou qui existe à peine, se portent vers l'organe congénère qui en reçoit un accroissement exagéré. On dira peut-être que, dans les trois faits dont il vient d'être question, la syphilis a rencontré des testicules hypertrophiés, et que si, après guérison, ils sont restés avec leur volume naturel ou un volume au-dessus de la règle, s'ils ont pu fonctionner encore, cela ne prouve nullement que ces organes n'aient pas subi un certain degré d'atrophie ; car un organe qui est puissant comme un et demi peut très-bien subir une soustraction et rester encore puissant comme un et même un peu plus. Le fait le plus favorable à ce raisonnement se rapporte au charretier déjà cité : il était venu au monde avec un seul testicule complétement développé, tandis que la place de l'autre était seulement marquée par une partie de l'épididyme. On se croit donc en droit de soutenir qu'ici le testicule régulièrement constitué a pris un développement considérable avant d'être malade. La vérole sévissant alors sur lui a pu l'amoindrir sans le réduire à un volume au-dessous de la règle. Chez ce malade il y aurait eu atrophie sur hypertrophie, et cette dernière aurait fait les frais de la guérison. Ces arguments, auxquels je ne refuse pas une certaine valeur, ne détruisent pas le fait d'un testicule restant avec son volume, et même avec un volume plus considérable, conservant ses fonctions, et cela après avoir subi l'affection appelée sarcocèle syphilitique. Je ne sais pas précisément ce qu'était avant la syphilis le testicule gauche de ce charretier ; ce que j'affirme, c'est qu'après la guérison il s'est trouvé plus volumineux qu'un testicule appartenant à un sujet de l'âge et de la force de ce malade. J'ajoute que ce charretier, qui n'avait pas eu d'enfant avant sa maladie, en a eu un après sa guérison.

On pourrait peut-être diriger les mêmes arguments contre le fait du

militaire à qui on extirpa un testicule et qui, après la guérison d'un sarcocèle syphilitique du côté opposé, a conservé le testicule correspondant hypertrophié et très-actif, car il s'est passé deux ans entre la castration d'un côté et l'affection syphilitique de l'autre côté. Pendant ce temps, dira-t-on, le testicule épargné a profité, à lui seul, des matériaux nutritifs destinés aux deux glandes et a pu prendre ainsi un développement exagéré ; il se serait hypertrophié, ce qui aurait empêché les effets de l'atrophie de se produire. Je répondrai d'abord qu'il ne s'est passé que deux ans depuis l'opération qui a privé ce militaire d'un testicule à l'invasion syphilitique de l'autre glande; or c'est déjà un temps assez court pour qu'un organe s'hypertrophie au point de résister aux effets atrophiques de la syphilis. D'ailleurs, comme toute l'histoire pathologique de ce militaire, histoire qu'on lira bientôt, me prouve que le testicule amputé n'était pas cancéreux, mais seulement syphilitique; comme c'est la même vérole ayant sévi d'abord sur le premier testicule qui a envahi ensuite le second, je me demande si un sujet, en pleine syphilis, sous l'influence d'un principe qui tend à atrophier le testicule, peut voir un de ces organes s'hypertrophier. Je crois d'ailleurs que les altérations de tissu qui constituent la tumeur appelée testicule ou sarcocèle syphilitique doivent varier et le mode de réparation ne doit pas être toujours identique : j'en donnerai pour preuve l'observation que j'ai rapportée complétement. Elle prouve, en effet, que sous la même influence syphilitique un testicule s'est atrophié sans se tuméfier, tandis que l'autre s'est tuméfié, a formé réellement tumeur et est resté avec un certain degré d'hypertrophie. Ces faits et ces interprétations sont, selon moi, de nature à mériter l'attention des praticiens, car ils touchent à une question importante d'anatomie pathologique et à la question de la stérilité chez l'homme, question très-grave sous beaucoup de rapports.

Traitement. — Le traitement est celui de la vérole confirmée; mais il y a des modifications à apporter selon la variété de sarcocèle et d'autres circonstances que j'ai déjà notées. On doit se rappeler ici que le sarcocèle syphilitique n'apparaît pas toujours à la même période de la vérole. J'ai avancé en commençant cet article, que la tumeur pouvait se produire, peu de temps après la première manifestation syphilitique, avec une syphilide précoce ou sans syphilide, qu'elle avait été observée pendant la période de transition, et qu'enfin elle pouvait être retardataire et n'arriver qu'avec les accidents ultimes, avec les périostoses et les exostoses. Ces circonstances doivent être prises en considération par le praticien. Le sarcocèle qui apparaîtra avant cette profonde altération de l'organisme, laquelle contre-indique tout hyposthéni-

sant, celui-là pourra être traité avec avantage par le mercure. C'est ce sarcocèle, que j'appellerai hâtif, qui a été guéri à la faveur du mercure seul par Dupuytren, Boyer et les praticiens qui, avant de se décider à la castration, soumettaient au traitement mercuriel les malades portant des tumeurs testiculaires chroniques, ayant certains caractères du cancer. Ainsi, dernièrement, j'ai fait disparaître par les pilules de proto-iodure de mercure un double sarcocèle syphilitique, qui avait précédé une syphilide squammeuse. Le mercure donc et même le mercure seul, peut guérir radicalement certains sarcocèles syphilitiques, et je crois qu'on fera bien de commencer par lui quand il y aura une syphilide concomitante peu profonde, sur un sujet conservant des forces, et dont la constitution n'est pas profondément altérée. C'est, je crois, le moyen d'éviter les récidives. Mais il est évident que certains sarcocèles, surtout ceux de la deuxième variété, ne sont quelquefois nullement influencés par le mercure, quel que soit son mode d'administration. Ce moyen alors peut avoir des dangers, et c'est principalement quand l'affection est tardive, quand elle arrive à la période ultime de la vérole, quand le sujet passe à la cachexie. Ce sont ces sarcocèles pour lesquels la castration était autrefois pratiquée. On considérait ces tumeurs comme cancéreuses, parce qu'elles résistaient au mercure. Cette époque n'est pas loin de nous, et j'ai vu enlever par les grands maîtres que je viens de citer (surtout par Boyer), des testicules qui auraient été sauvés par l'iodure de potassium. C'est donc ce moyen qu'il faudra employer dans les cas graves, quand la constitution sera déjà compromise ; il aura alors un effet prompt et d'abord très-marqué, dans la deuxième variété. Son emploi même ne devra pas se borner à celle-ci ; le plus souvent il devra être associé au mercure dans la première variété. Voici enfin l'observation dont j'ai déjà parlé; elle est de nature à faire réfléchir tous les chirurgiens, et à inspirer des regrets au praticien qui a fait la castration.

Engorgement grave du testicule gauche. Ablation de cet organe par un chirurgien militaire qui a considéré la tumeur comme un hydrosarcocèle. Engorgement analogue au côté droit. Guérison par l'iodure de potassium. — B....., âgé de vingt-neuf ans, armurier, couché au n° 24, salle 10, est entré à l'hôpital le 11 mars. C'est un homme peu robuste, qui a l'apparence scrofuleuse. Il dit que, dans l'enfance, il n'a jamais été malade. Ses parents se portent bien et sont très-vigoureux. Cependant, on remarque à la face et au cou des cicatrices qui ont succédé à des ulcérations scrofuleuses. Il y a six ans, il eut une blennorrhagie qui coula pendant dix-huit mois; elle ne fut jamais douloureuse et

guérit sans traitement. Six mois après, survinrent des ulcérations au prépuce et au gland, fort longtemps après tout rapport sexuel. Le malade suivit un traitement mercuriel.

Depuis, survint à la peau une éruption que le médecin ne regarda pas comme syphilitique, à ce que rapporte le malade, puis un engorgement dans l'aisselle gauche, sans écorchure ou plaie au membre supérieur correspondant; bubon peut-être scrofuleux, traité par les maturatifs et l'incision. Le malade rapporte avoir eu dans la bouche une ulcération syphilitique que son médecin toucha et guérit plusieurs fois avec le nitrate d'argent. Enfin le testicule gauche s'engorgea (le malade était alors au service militaire); en quatre mois il acquit un volume énorme; dur au début, il est de plus en plus mou; des élancements de plus en plus fréquents parcourent la tumeur; ils se font ressentir jusque dans les reins. B..... resta pendant quatre mois dans les hôpitaux militaires. Enfin on fit l'ablation de cette tumeur en avril 1841. Au bout de six semaines la cicatrisation était complète. Cet homme reprit sa profession d'armurier.

Deux ans après apparaît un nouvel engorgement au testicule droit. Depuis le mois d'août 1843 cet engorgement acquiert assez rapidement le volume de deux poings. Il était dur surtout à la partie inférieure; il était le siége de douleurs intenses, lancinantes, qui ne laissaient point au malade un instant de repos. Son médecin fait appliquer successivement un grand nombre de sangsues sur la tumeur, puis il fait faire des frictions avec l'onguent mercuriel, et appliquer un emplâtre de Vigo. Six semaines après, il y avait beaucoup d'amélioration ; mais le malade mène une vie peu régulière, fait des excès. Quoiqu'il soit privé d'un testicule, et qu'il ait l'autre malade, le désir des rapports sexuels est très-vif chez lui. Après ces excès, les douleurs reparurent plus fortes qu'auparavant. C'est alors qu'il prit la résolution de se confier à mes soins, et qu'il se fit recevoir à l'hôpital du Midi. La tumeur était beaucoup plus volumineuse que le poing; elle est dure en arrière et sur les côtés; un peu molle en avant, où il y a une apparence de fluctuation dans l'étendue d'un pouce environ ; elle est ovoïde, à grosse extrémité supérieure, et ressemble assez bien, pour la forme, à une hydrocèle; mais elle est beaucoup plus lourde que cette dernière tumeur. Comme je l'ai dit, cette tumeur est le siége de douleurs lancinantes extrêmement vives. La dureté particulière de cette tumeur, la nature des douleurs, la circonstance de l'ablation déjà faite de l'autre testicule, tout semblait prouver que c'était là un véritable sarcocèle, une tumeur squirrheuse ou encéphaloïde qui devait avoir une terminaison funeste. Mais ayant bien étudié l'histoire de ce malade, je le soumis, dès son

entrée, à l'iodure de potassium ; il en avait pris environ 8 grammes, et déjà les douleurs avaient à peu près cessé. Maintenant, c'est-à-dire le 15 avril 1844, la tumeur a diminué de moitié, et il n'y a plus trace de douleur.

La partie de la tumeur qui offrait une fluctuation obscure ne s'est point agrandie, mais elle offre la sensation d'un liquide un peu épais, comme le serait la matière d'un ramollissement. Le 2 mai 1844, le point endurci a diminué d'étendue, la fluctuation est plus apparente, la totalité de la tumeur est moindre que la moitié du volume primitif; le 19 mai, la tumeur a à peine le double du volume d'un testicule ordinaire. On suspend l'iodure de potassium. On fait des frictions sur la tumeur avec la pommade à l'iodure de plomb. Enfin le testicule revient à l'état normal, et le malade sort le 15 juin. Il est toujours plus porté aux plaisirs vénériens.

Ainsi on voit là une tumeur qui offre plusieurs caractères de l'encéphaloïde : fluctuation obscure, douleurs lancinantes, débilité, pâleur du sujet, circonstance d'un testicule déjà enlevé, testicule qui offrait une tumeur analogue, et cependant l'iodure de potassium triomphe ! Est-ce que l'iodure aurait fondu un cancer, ou bien a-t-on opéré de l'autre côté pour une tumeur bénigne, pour un sarcocèle syphilitique ? Cette hypothèse me paraît plus soutenable.

Plus je réfléchis à ce fait, plus je me persuade que quand le testicule gauche a été enlevé le droit était déjà affecté, mais d'une manière peu sensible, et qui n'aura fixé l'attention ni du premier médecin, ni du malade. Celui-ci ne s'est plaint du testicule droit que quand il est devenu très-volumineux et très-sensible.

ARTICLE VI.

Maladies du tissu cellulaire. — Tumeurs gommeuses.

En décrivant les affections de la peau et des muqueuses, il a été souvent question des lésions simultanées du tissu cellulaire. Ainsi, les syphilides profondes, les lésions tardives du voile du palais, du pharynx, de la langue, sont avec plus ou moins d'engorgement du tissu cellulaire sous-jacent. C'est là l'induration syphilitique diffuse du tissu cellulaire; il semble alors affecté par extension de la lésion de la peau ou de la muqueuse qui le recouvrent. D'autres fois le tissu cellulaire s'épaissit, s'endurcit sans lésion préalable du tégument, lequel peut rester longtemps et même toujours à l'état normal.

Au lieu de cette induration diffuse, ou vaguement circonscrite, on peut observer des engorgements partiels qui, peu à peu, prennent la forme d'un noyau, d'un tubercule, d'un nœud. Ce sont tantôt des *condylomes,* et alors on les remarque surtout à l'anus; ou bien ces tumeurs sont appelées *gomme, nodus, tumeurs gommeuses,* et on les observe sous la peau, dans le tissu cellulaire profond, dans le sein même de certains organes, des muscles. On observe cette affection du tissu cellulaire quand la vérole a déjà fortement compromis la constitution. Le siége le plus fréquent des tumeurs est aux membres et à leur face externe, dans le tissu cellulaire sous-cutané, surtout où il est lamineux et dense; là elles peuvent conserver longtemps une certaine mobilité et font une saillie très-prononcée : il en est qui se pédiculent.

On a trouvé de ces tumeurs dans le tissu cellulaire du scrotum ; elles forment alors une tumeur qu'on pourrait confondre avec le sarcocèle syphilitique, ce qui ne serait pas grave, ou avec le vrai cancer du testicule, erreur beaucoup plus préjudiciable. J'ai observé un malade portant une de ces affections testiculaires. Il était couché salle 10 de mon service, à l'hôpital du Midi. La tumeur envahissait le testicule gauche; elle était ulcérée, et du fond s'élevaient de gros bourgeons formant champignon comme au dernier terme du cancer encéphaloïde. Le testicule droit était un peu dur au centre. Ce malade était complétement anémique, essoufflé, ne pouvant rester dix minutes debout; la tête lui tournait. De plus il y avait boursouflement du ventre et un peu d'ascite. Je lui fis prendre, du premier coup, 2 grammes d'iodure de potassium, le lendemain 3 grammes, les jours suivants 4 grammes par jour pendant deux mois, ce qui fut suffisant pour la guérison. Les premiers phénomènes curatifs se manifestèrent du côté du ventre dont le volume diminua au bout de trois jours de traitement. Puis la réparation se manifesta du côté du testicule, et après deux mois, comme je l'ai dit, le malade était rendu à la santé.

On trouve aussi des tumeurs gommeuses dans le tissu cellulaire profond, et même dans celui qui lie ou sépare les éléments qui constituent le système fibreux ou le système musculaire. Ainsi ces tumeurs envahissent assez souvent la langue qui paraît alors comme rembourrée de petites noisettes. M. Ricord cite un cas remarquable qui se rapporte à cette forme de l'affection syphilitique du tissu cellulaire. C'est alors surtout qu'on a pu la confondre avec le cancer. Dans ces derniers temps on a présenté à la Société de chirurgie une tumeur du sein qu'on considérait comme *gommeuse.*

Il y a ordinairement plusieurs de ces tumeurs; elles ne naissent pas toutes en même temps, et leur évolution n'est pas simultanée. Quel-

quefois il faut compter non-seulement par mois, mais par années, le temps nécessaire à leur guérison, quel que soit le traitement mis en usage. Ces tumeurs sont d'abord petites, à peine sensibles, dures, adhérentes à la peau, mais libres au-dessous et mobiles. Elles se développent, s'accroissent lentement et sans provoquer de douleur. Une gêne vers la localité, quelquefois le hasard les font découvrir par le malade. Elles vont jusqu'au volume d'une noisette ou d'une noix (voyez planche 7). Longtemps dures, ces tumeurs finissent par céder à la pression, par offrir comme une quasi-fluctuation, puis elles deviennent tout à fait fluctuantes. Alors, si elles sont voisines de la peau ou d'une muqueuse, cette enveloppe s'amincit, se colore en rouge brun violacé, et subit des solutions de continuité, offre des perforations qui ressemblent à celles qui ouvrent un anthrax. Un pus mal lié, une matière comme la solution de gomme concentrée, des débris organiques sortent par ces ouvertures, qui s'agrandissent : la tumeur gommeuse éliminée, apparaît une espèce de caverne limitée par une coque, un kyste, lequel doit lui-même subir une destruction ou élimination pour que la réparation s'opère complétement. La cicatrice qui remplace le tout est déprimée, inégale, comme celle qui succède à une brûlure profonde. Quelquefois le tégument s'ulcère et montre à nu la tumeur gommeuse qui est comme lobulée, jaunâtre, inégale. La planche 7, figure 2, représente trois tumeurs gommeuses que j'ai observées dans mon service ; elles étaient situées au dos. Le décubitus avait favorisé l'ulcération de la peau et la dénudation des tumeurs.

M. Ricord dit que les destructions ulcératives qui succédèrent aux tumeurs de la langue, dont il a été question plus haut, « furent horribles, et pour des yeux peu habitués elles auraient pu simuler d'affreux cancers [1]. »

Il faut savoir aussi que toutes les tumeurs syphilitiques profondes ne sont pas formées par le tissu cellulaire, ou du moins par le tissu cellulaire seul. Ainsi bientôt, en décrivant les tumeurs des muscles, j'en montrerai qui sont formées par une dégénérescence particulière des fibres mêmes. Dans des cas complexes le tissu cellulaire et le parenchyme des organes entrent dans la composition de la tumeur.

Les maladies du tissu cellulaire, quelle que soit la forme qu'elles revêtent, sont nécessairement graves, parce qu'elles arrivent à une époque de la vérole qui est marquée par une profonde altération de l'organisme. La gravité du pronostic est en outre relative au siége des tumeurs gommeuses : ainsi elles sont bien moins graves sous la peau

[1] *Traité des maladies vénériennes*, p. 660.

des membres que dans l'épaisseur de la langue, dans l'épaisseur du voile du palais; car l'ulcération produit alors de grands dégâts, et d'importantes fonctions peuvent être compromises.

Le traitement est dicté par la nature de l'affection et l'époque de la vérole à laquelle on l'observe. Il est rare qu'ici le mercure puisse être rationnellement administré, et cela à cause de cette profonde altération de l'organisme qui se lie à ces tumeurs. Le praticien devra donc éviter cet hyposthénisant et tous les autres, pour se tourner du côté des toniques et de tout ce qui peut réconforter la constitution.

Le premier, le meilleur moyen, c'est encore l'iodure de potassium. Si le sujet le supporte bien, si l'administration est faite à temps, on a presque la certitude de voir disparaître les tumeurs.

On a conseillé l'application du vésicatoire sur les tumeurs, leur ouverture et même l'extirpation. Il est évident que ce traitement chirurgical ne pourra être entrepris que dans certains cas, lorsque le siége des tumeurs les rend accessibles aux moyens que je viens d'indiquer. C'est Cullerier qui traitait ces tumeurs par le vésicatoire pansé avec le deutochlorure, comme M. Malapert le conseillait pour les bubons. L'ouverture des tumeurs n'est qu'un palliatif, et l'extirpation ne doit être entreprise qu'après un traitement général complet, quand satisfaction a été donnée à l'iodure de potassium. Si l'on entreprend l'extirpation, on devra la faire complète, car la suppuration se prolongerait encore longtemps, si on laissait une portion de la poche kystique. Il survient quelquefois une inflammation assez vive, après l'ouverture spontanée ou chirurgicale de la tumeur. On doit alors avoir recours aux topiques émollients. Dans le plus grand nombre des cas, on préférera un pansement avec la charpie, qu'on trempe dans deux tiers d'eau et un tiers de teinture d'iode. On en vient ensuite aux pansements avec le *Vigo cum mercurio*, qui trouve ici encore une très-utile application.

ARTICLE VII.

Maladies des muscles, des tendons et des aponévroses.

Ces organes de la locomotion subissent souvent les atteintes de la syphilis dans ses périodes ultimes, et cependant l'étude des lésions dont ils sont le siége a été presque entièrement négligée jusqu'à notre époque. Astruc s'était borné à signaler cette forme de la vérole : selon lui, quand la substance des muscles était *infiltrée du virus*, il survenait des *ganglions*, des *tumeurs dures ;* il parle de douleurs rhumatis-

males. Petit-Radel caractérise bien « une *rétraction* rebelle aux moyens de guérison. » M. Lagneau semble avoir observé des faits analogues, et il considère les *contractures syphilitiques* comme des phlegmasies chroniques des muscles sous l'influence de la vérole. MM. Ph. Boyer et Ricord signalent d'une manière très-nette les contractures, surtout les contractures des muscles fléchisseurs de l'avant-bras ; ils mettent hors de doute la nature syphilitique de cette lésion et ses rapports avec les accidents de la troisième période de la syphilis. J'ai plus d'une fois observé la contracture du biceps brachial, et j'ai noté une fois une tumeur du droit antérieur de la cuisse. Je donnerai bientôt les détails de ce fait. Aujourd'hui, 1er mars 1855, j'ai sous les yeux un charretier qui a eu une périostose de la clavicule droite. Les deux racines du muscle sterno-mastoïdien étaient rétractées, plus dures, plus volumineuses qu'à l'état normal. Enfin, M. Bouisson a traité *ex professo* la question des *tumeurs syphilitiques des muscles et de leurs annexes*, dans un mémoire qu'on trouvera dans la *Gazette médicale* de Paris, année 1846. Je mettrai à profit ce travail dans cet article.

Causes. — Les derniers effets de la diathèse revêtent les formes d'une foule de maladies locales. C'est au praticien à la reconnaître et à lui assigner le rôle étiologique qui lui convient. Rien de mieux établi que les manifestations vers les tissus osseux et fibreux, dans ce qu'on appelle la troisième période de la syphilis, et ces manifestations, le plus souvent, c'est la syphilis qui les provoque par sa seule influence et sans l'intervention d'aucune cause locale ou externe appréciable. Les tumeurs syphilitiques des muscles, des tendons, sont dans la même catégorie ; elles se développent dans l'épaisseur de ces faisceaux, sans devoir leur origine à une cause provocatrice particulière.

Symptômes et anatomie pathologique. — Les symptômes principaux sont la *douleur*, la *contracture*, les *tumeurs*.

1° *Douleur*. — La douleur est plus particulièrement observée quand la vérole est invétérée, et chez les malades qui ont été exposés à l'impression du froid et de l'humidité : cette cause adjuvante n'est pas nécessaire. Ce symptôme a été décrit sous le nom de *rhumatisme syphilitique*. La douleur se manifeste dans le trajet des muscles, des tendons, des aponévroses d'insertion ou d'enveloppe ; elle ressemble aux douleurs dites *ostéocopes*, mais elle est moins profonde et exaspérée par la contraction musculaire ; elle diffère des douleurs rhumatismales ordinaires par le rapport qu'elle affecte avec des symptômes franchement syphilitiques, et elle cède au traitement spécifique.

2° *Contracture*. — La contracture des muscles est tantôt le résultat du rhumatisme syphilitique dont elle n'est qu'un degré plus avancé;

d'autres fois elle se manifeste d'une manière lente, et parvient graduellement à un état plus ou moins avancé. Ce sont les muscles des membres supérieurs, et, avant tout, les fléchisseurs de l'avant-bras, sur lesquels on observe le plus souvent cette contracture. M. Bouisson parle d'une rétraction syphilitique de l'un des muscles oculo-moteurs. Selon ce chirurgien, s'il fallait établir un siége d'élection pour ce genre de phénomènes morbides, ce serait aux sphincters qu'il le placerait. « On sait, dit-il, combien sont fréquentes les rétractions permanentes du constricteur de l'anus, chez les sujets qui présentent des syphilides autour de cette ouverture, et qu'on dit atteints de fissure. On observe aussi assez fréquemment la rétraction active et douloureuse du vagin, chez les femmes qui portent des ulcérations au voisinage de son orifice valvaire. Or si, dans certains cas, ces spasmes sont provoqués par la présence de l'ulcération, indépendamment de toute influence spécifique, on n'enfreint pas les lois d'une sage analogie en faisant rentrer, dans d'autres cas, la contracture des muscles sphincters parmi les symptômes de la syphilis confirmée, et en la considérant comme une véritable contracture vénérienne (*loco citato*). » Je ne sais pas précisément si M. Bouisson enfreint ici les lois de l'analogie, mais, si je ne consultais que mes observations, je dirais qu'il en abuse.

3° *Tumeurs.* — Les tumeurs développées dans le système musculaire et ses dépendances doivent surtout fixer notre attention. Je parlerai d'abord des tumeurs des dépendances.

Les *tendons*, les *aponévroses*, sont plus souvent le siége des tumeurs syphilitiques que la partie charnue des muscles. Les tendons, comme le périoste, malgré leur organisation peu vasculaire, participent aux effets de la syphilis invétérée, et sont particulièrement susceptibles de devenir le siége d'épaississements partiels, ou de petites tumeurs appelées *nodus*, tantôt dures et pleines, tantôt fluctuantes. La susceptibilité pathologique des aponévroses est ici moins prononcée, mais diverses observations, et, en particulier, celles de Hunter, ne laissent aucun doute sur la part qu'elles prennent à ce genre d'affections. On ne saurait se dissimuler cependant que l'énoncé des observations qui se rapportent à ces lésions est partout laconique, insuffisant, et qu'il se borne à l'indication de l'existence de la maladie, sans plus amples développements; il est même probable que, dans plusieurs cas où des tumeurs formées dans ces tissus, sous l'influence de la syphilis, se sont présentées à divers observateurs, la nature de leur cause n'a pas été soupçonnée.

Les tumeurs sont tantôt solides, et semblent produites par une hypertrophie circonscrite du tissu fibreux des tendons avec épanchement

d'une matière séreuse et plastique dans leur intervalle; elles sont le siége d'une douleur plus ou moins vive qui s'accroît pendant la contraction du muscle auquel correspond le tendon affecté. L'examen cadavérique montre ce tendon avec sa couleur naturelle, il présente tout au plus les traces d'une légère injection; mais il est gonflé, soit par l'épaississement de ses fibres, soit par l'adjonction d'une matière albumineuse à demi solidifiée. Si l'affection se prolonge beaucoup, si elle ne se termine pas par suppuration, l'ossification arrive et envahit tantôt toute la longueur du tendon, comme M. Bouisson l'a observé pour le muscle petit psoas; d'autres fois elle se limite à la partie malade, en formant une sorte d'os sésamoïde.

On trouve les tumeurs syphilitiques des tendons tantôt à leur surface, et tantôt à leur centre. Le premier siége est le plus ordinaire; la tumeur fait alors une saillie plus abrupte sur le trajet du tendon, et si elle se termine par suppuration, la continuité de la corde fibreuse est respectée. Quand elle est dans le centre même du tendon, les produits de nouvelle formation écartent les fibres propres, et donnent à la tumeur une forme ovoïde ou en fuseau. M. Bouisson a dessiné au Musée d'anatomie pathologique de Strasbourg une tumeur ainsi disposée; elle a son siége dans l'épaisseur d'un tendon appartenant à l'un des muscles fléchisseurs des doigts. La fluctuation était sensible à travers l'enveloppe fibreuse et la tumeur présentait à peu près la forme et la grosseur d'une amande.

Selon M. Bouisson, l'affection que Lisfranc a décrite sous le nom de *nodosités blanches des tendons* n'était qu'un cas particulier de nodus syphilitique des tendons : c'était une tumeur volumineuse développée dans l'épaisseur du tendon d'Achille, chez une danseuse de l'Opéra. Tous les moyens locaux avaient échoué; mais l'administration de l'iodure de potassium à l'intérieur, aidée de la compression et de quelques antiphlogistiques, produisit une guérison complète. Il est regrettable que Lisfranc n'ait pu donner aucun détail sur les antécédents de la malade; mais il est difficile de ne pas assimiler cette tumeur à celle que produit la syphilis, lorsqu'on voit qu'il y a non-seulement analogie de siége et de symptômes, mais analogie d'action thérapeutique. L'iodure de potassium, dont l'efficacité est bien démontrée dans les accidents de la syphilis confirmée, assura d'une manière prédominante, sinon exclusive, la guérison de la malade de Lisfranc.

Les *tumeurs* des *muscles* sont analogues à celles des tendons. Le travail de M. Bouisson contient plusieurs faits intéressants qui se rapportent à ces tumeurs musculaires, que j'ai aussi observées. Il est quelquefois difficile de déterminer si cette altération a son point de départ primitif

dans les fibres musculaires ou dans le tissu cellulaire qui leur est interposé. L'analogie, dit le professeur de Montpellier, porterait à croire que l'élément cellulo-scléreux qui unit les fibres charnues, ou qui leur forme une gaîne, est le premier envahi. Mais lorsque la lésion est avancée, qu'elle a revêtu un de ses modes de terminaison soit par suppuration, soit par induration, tous les éléments anatomiques paraissent affectés, et, suivant le degré plus ou moins avancé du travail morbide, les fibres musculaires semblent plongées dans une matière de nouvelle formation; ou bien elles sont ramollies et détruites, ou bien encore elles sont transformées en tissu induré, subcartilagineux et même osseux. Tels sont du moins les états divers dans lesquels j'ai observé les tumeurs syphilitiques des muscles. M. Ricord a disséqué des tumeurs du jambier postérieur et des ventricules du cœur qui étaient distinctement formées par des fibres musculaires elles-mêmes.

M. Bouisson divise en trois degrés les modifications que subissent les tumeurs musculaires.

Au *premier degré,* le muscle est le siége d'un gonflement local circonscrit, d'une consistance plus grande que celle de l'œdème. Une section de la partie malade montre quelques faisceaux musculaires décolorés au milieu d'un épanchement plastique de couleur grisâtre (une tumeur du muscle grand fessier était à ce premier degré de formation). Cet état serait l'indice d'une phlegmasie lente qui présiderait à la sécrétion pathologique dont le produit subira des transformations ultérieures.

Au *deuxième degré,* la matière épanchée se ramollit. Si l'inflammation se prolonge avec son caractère primitif de chronicité, les élaborations graduelles du produit épanché se transforment en un liquide visqueux filant, semblable à une solution de gomme. Si une phlegmasie aiguë intervient, ou si la tumeur a fait éprouver dès le début une douleur constante, avec élévation de température locale, il se forme un véritable pus au centre du muscle, les fibres ramollies se détruisent, d'où des délabrements plus ou moins considérables. Selon M. Bouisson, plusieurs abcès intrapelviens, des psoïtis ou des inflammations destructives du muscle iliaque interne pourraient bien être des phlegmasies syphilitiques des muscles de la région lombo-pelvienne. Ce chirurgien cite à l'appui de son opinion, le fait d'un soldat qui portait à l'aine un bubon consécutif à un chancre induré; pendant son séjour à l'hôpital, ce malade fut pris d'une inflammation chronique des muscles psoas et iliaque du côté gauche; une tumeur considérable formée dans le bassin vint faire saillie au niveau du ligament de Fallope; il fallut donner issue, à l'aide du bistouri, à une énorme collection. Le malade, soumis à un traitement antivénérien, se rétablit complétement.

Au *troisième degré,* les tumeurs syphilitiques non suppurées s'indurent. Des phases successives d'organisation les conduisent de l'état simplement scléreux à l'état subcartilagineux, cartilagineux et osseux. Cette transformation ultime est celle qui, par ses caractères et sa persistance, a le plus frappé les anatomo-pathologistes. M. Bouisson a vu, au Musée de la Faculté de médecine de Strasbourg, une masse osseuse, d'un volume très-considérable, développée dans l'épaisseur du muscle carré de la cuisse.

Les ossifications des muscles et de leurs tendons ont souvent coïncidé avec des exostoses sur divers points du corps. M. le professeur Dubreuil possédait le squelette d'un Arabe qui eut la syphilis. Outre de nombreuses exostoses, il y avait eu ossification d'un grand nombre de muscles à leur point d'insertion. Les productions osseuses de ce squelette sont styliformes, laminées, ou de toute autre configuration, suivant la disposition des muscles qui ont participé à l'altération.

Le siége des tumeurs musculaires est très-variable. M. Bouisson en a observé dans le grand fessier, le trapèze, les sterno-mastoïdiens, le vaste externe et quelques autres muscles du membre inférieur ; il en a observé, dans l'épaisseur du muscle grand pectoral, chez un homme qui avait en même temps une périchondrite syphilitique des cartilages costaux. Enfin, le même chirurgien a constaté, dans des muscles de régions très-diverses, des traces d'ossification qu'il était rationnel d'attribuer à l'influence de la syphilis. J'ai déjà dit que M. Ricord avait trouvé une de ces tumeurs dans le jambier postérieur.

Voici un exemple de tumeur musculaire ayant son siége dans le droit antérieur de la cuisse. On verra ici cette tumeur apparaître après des syphilides profondes des membres, et avec une exostose.

Le 24 juillet 1845 est entré à l'hôpital du Midi le nommé L...., âgé de trente-huit ans, palefrenier ; tempérament sanguin. Il y a six ans, il contracta une blennorrhagie qui dura neuf mois. Il y a trois ans et demi, L..... entra dans le service de M. Puche pour un bubon à l'aine gauche, survenu douze jours après un coït suspect ; il dit avoir vu sur le gland, le lendemain du coït, une petite écorchure qui dura deux ou trois jours seulement. Le bubon était très-volumineux ; il fut ouvert et suppura peu. On le traita ensuite par la compression. Le malade fut soumis à un traitement interne, et demeura deux mois et demi dans les salles. A sa sortie, il ne restait plus qu'une petite grosseur, qui a fini par disparaître.

Il y a deux mois, aucun accident ne s'était encore manifesté ; mais à cette époque, des pustules parurent sur les jambes, et surtout à gauche ; elles avaient, au dire du malade, le volume du bout du doigt ; elles

s'ouvrirent bientôt, et depuis ce temps il est resté des ulcérations sur les divers points qu'elles occupaient. Aujourd'hui ces ulcérations sont petites, arrondies, comme taillées par un emporte-pièce, placées de chaque côté des deux jambes, au nombre de six à huit ; la peau sur laquelle ces ulcérations reposent est d'un rouge violacé. Il en existe aussi quelques-unes sur le bras droit, au niveau de l'épitrochlée. A l'époque où les pustules parurent, il y eut des douleurs dans les membres, et principalement dans les jambes, et quelque temps après (quinze jours environ), le malade remarqua une saillie sur la partie moyenne de la crête du tibia; cette tumeur devint le siége d'une douleur sourde, s'exacerbant pendant la nuit. Alors, un médecin qui, probablement, avait pris les ulcérations vénériennes pour des ulcères variqueux, conseilla un bas lacé au malade. Mais la compression était intolérable, les douleurs devenaient très-vives dès qu'il appliquait ce bandage. Aujourd'hui la saillie du tibia a la grosseur d'une noisette, elle est d'une dureté osseuse, douloureuse à la pression; la peau est saine à son niveau. Depuis que le malade est à l'hôpital, les douleurs ont disparu : c'était surtout quand il fatiguait qu'elles devenaient plus intenses.

Un jour il remarqua une induration, une tumeur dans l'épaisseur de la cuisse, à sa partie antérieure ; elle était douloureuse à la pression ; quand le malade étendait la jambe, la douleur augmentait et la tumeur ne pouvait pas être mobilisée. Cette tumeur, qui a de 6 à 8 millimètres de diamètre, n'appartient point au fémur, car elle est mobile, ni à la peau, car celle-ci glisse facilement au-devant d'elle; elle paraît appartenir au muscle droit antérieur de la cuisse, à peu près au niveau de l'insertion de ce muscle au tendon qui l'unit à la rotule.

Le 26 juillet, le malade est mis au traitement par l'iodure de potassium (2 grammes par jour). Les quatre premiers jours de l'administration de ce médicament, il a éprouvé des éternuments fréquents et un écoulement considérable de mucosités par le nez, accompagné d'enchifrènement. Le 10 août, diminution sensible dans l'étendue de l'induration de la cuisse. Le 15 août, les ulcérations des jambes, qui ont été recouvertes de Vigo, sont cicatrisées, la grosseur du tibia a diminué de moitié. On donne, à partir de ce jour, 3 grammes d'iodure de potassium. Le 30 août, la tumeur de la cuisse et celle du tibia ont disparu ; il n'y a plus de douleur ; le malade sort guéri.

Quand les tumeurs des muscles sont un peu volumineuses, toute contraction est suivie de douleur, ou celle-ci s'exaspère si elle existait préalablement. Quelquefois le muscle affecté se rétracte, comme on l'a vu pour les muscles psoas et iliaque. Les tumeurs sont mobiles ou fixes, suivant l'état de relâchement ou de repos du muscle affecté. Si

le muscle est en repos, la tumeur peut être explorée avec une entière facilité ; on lui imprime des mouvements en sens divers qui servent à la distinguer des tumeurs adhérentes, et l'on apprécie en même temps la plupart de ses autres caractères physiques. Si le muscle entre en contraction, la tumeur acquiert aussitôt une fixité proportionnée à la durée de la contraction, et cette expérience influe aussi sur son degré de résistance et sur sa sensibilité.

La consistance des tumeurs varie suivant leur ancienneté et le genre de terminaison qu'elles paraissent devoir affecter. D'une dureté assez médiocre dès leur première période, elles deviennent fluctuantes si la matière qui les forme se convertit en pus ou en liquide gommeux ; elles deviennent enfin très-dures si, leur résolution n'ayant pu s'effectuer, elles subissent un grand nombre d'inflammations chroniques. Leur forme est ordinairement globuleuse ; leur volume varie depuis celui d'une petite noix jusqu'à celui d'une orange. Il n'y a ni changement de couleur à la peau, ni adhérence avec cette membrane ; aucune sensation de chaleur insolite, à moins que des accidents phlegmasiques ne s'y manifestent ; des ganglions lymphatiques sont quelquefois engorgés dans leur voisinage, comme on l'a vu pour des tumeurs des lèvres.

Les muscles de la langue, des lèvres, ceux qui forment la portion mobile du palais, offrent de ces tumeurs ; mais l'anatomie pathologique n'a pas encore mis l'observateur à même de distinguer celles qui tiennent réellement à une espèce de dégénérescence musculaire des tubercules qui naissent entre les fibres et les écartent, tubercules qui, par leur élimination, laissent de si profondes ulcérations. Le larynx lui-même, si souvent attaqué dans ses éléments muqueux et cartilagineux, peut l'être dans les muscles qui meuvent ses diverses pièces. Enfin, dit M. Bouisson, s'il est vrai que le tissu de l'utérus participe des caractères du tissu musculaire, ne serait-il pas convenable de comprendre, dans le genre de tumeurs qui nous occupent, certains engorgements de son col qui succèdent à l'action de la maladie vénérienne ? Il y a longtemps que j'ai donné l'éveil sur les tumeurs ou tuméfactions de l'utérus et de la prostate comme dépendant d'une vérole avancée. On peut voir, sur ce point, ce que j'ai dit dans mon livre de chirurgie [1].

Enfin, le cœur pourrait être envahi par des tumeurs analogues à celles que je viens d'étudier dans les muscles de la vie animale, du moins cela semble résulter d'une observation et d'un dessin qu'on trouve dans l'*Iconographie* de M. Ricord. A l'autopsie d'un vénérien, qui

[1] *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. V.

mourut subitement, on trouva que les parois ventriculaires présentaient dans plusieurs points une altération tuberculiforme constituée par une matière jaunâtre dure, criant sous la pointe du bistouri, sans vascularité, de consistance squirrhoïde, en quelques points, et, dans d'autres, analogue par l'aspect à la matière tuberculeuse en voie de ramollissement. En un mot, dit ce médecin, on retrouva là les caractères des nodus ou tubercules syphilitiques, accidents tertiaires qu'on observe souvent dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux. Mais c'étaient ici les fibres mêmes du cœur qui étaient affectées. Je reviendrai sur ce fait en décrivant la syphilis des viscères.

Traitement. — Les affections du système musculaire et de ses dépendances se manifestent à une époque avancée de la vérole, et, comme je l'ai déjà dit, concurremment avec des syphilides profondes, et surtout avec des lésions du périoste et des os, c'est-à-dire à une époque où, généralement, l'organisme est affaibli et peu disposé à tolérer le mercure, lequel d'ailleurs a été déjà employé dans le plus grand nombre des cas, et même à plusieurs reprises. Ces circonstances doivent donc faire rejeter cet agent thérapeutique dans le plus grand nombre des cas, ou, si l'on y revient, ce sera avec les plus grands ménagements; on devra surveiller avec soin ses effets. Le plus souvent, ce sont les préparations d'iode qui seront surtout indiquées, et l'iodure de potassium avant tout. Les doses élevées seront préférées. On peut, pour le mode d'administration, consulter les pages 340, 341 et 342, contenant les formules qui ont mérité le plus de suffrages. On prescrira 16 grammes d'iodure de potassium dans 250 grammes d'eau; on mettra une cuillerée à bouche de cette solution dans un verre de tisane de houblon, qu'on prendra deux fois par jour, ce qui fait 2 grammes d'iodure par jour. On peut aller, dans le même espace de temps, jusqu'à six cuillerées de ce liquide, c'est-à-dire 6 grammes d'iodure. Mais, je le répète, il est rare que je dépasse la dose de 4 grammes. On peut en même temps administrer quelques bains de Baréges, quelques bains de vapeur, surtout ces derniers, si le malade n'est pas trop débilité. M. Bouisson dit avoir employé, dans certains cas et avec avantage, les préparations d'or. Je préférerais, dans les cas de grande débilité, et quand l'iodure a été employé pendant longtemps, je préférerais tenter les préparations ferrugineuses, pour en revenir plus tard à l'iodure de potassium, car c'est toujours le meilleur moyen à opposer aux accidents tardifs de la vérole.

Il est rare qu'un traitement local soit réellement indiqué. Il est évident que, pour les tumeurs musculaires douloureuses, quand les mouvements, les contractions musculaires exaspéreront la douleur, on

devra ordonner le repos et quelques applications locales émollientes. Dans les autres cas, on pourrait peut-être favoriser la résolution par des vésicatoires volants, qu'on répéterait, et par des pommades iodurées.

ARTICLE VIII.

Maladies des os et du périoste.

L'os et le périoste étant inséparables dans leur manière de vivre et de souffrir, je traiterai de leurs maladies dans le même article. Ces maladies, d'ailleurs, ressemblent beaucoup à celles du squelette qui tiennent à d'autres causes. Comme dans toute la pathologie du système osseux, il y a ici des douleurs, des inflammations, des tumeurs, des nécroses, des caries. Mais on trouvera, le plus souvent, dans ces douleurs, dans ces inflammations et leurs conséquences, des caractères, une marche, des phénomènes concomitants qui les spécialiseront; la thérapeutique viendra enfin pour prouver l'unité de nature sous des formes très-diverses, car le même modificateur influencera également toutes ces expressions, toutes ces lésions, et cela d'une manière assez rapide, assez notable pour ne laisser aucun doute sur la spécificité du mal et du remède.

§ 1er. — *Douleurs ostéocopes.*

Ces douleurs sont les compagnes des lésions que je vais décrire dans les paragraphes qui vont suivre; mais, comme elles ont été constatées quelquefois sans que ces lésions aient été observées en même temps, on les a décrites à part dans beaucoup de livres. Si je me conforme à cet usage, c'est seulement pour étudier avec plus de soin ce symptôme. Je ne crois pas, en effet, que cette modification de la sensibilité soit une maladie à part et indépendante de toute lésion matérielle. Quand nous observons des céphalées si tenaces, nous ne constatons rien par nous-mêmes, car il n'existe qu'un symptôme subjectif, mais croit-on que les tissus fibreux en rapport avec les os du crâne, soient alors à l'état complétement normal? Dans les cas où la lésion n'apparaît pas extérieurement, c'est qu'elle n'est pas encore assez matérialisée, ou bien le développement de la tumeur s'opère dans le sens de la cavité formée par les os. Ainsi, l'action syphilitique, au lieu de se porter sur les couches les plus superficielles de l'os, sur le périoste, peut se porter sur les couches profondes, sur la membrane médullaire pour les os des membres, sur la dure-mère pour les os du rachis et du crâne. Dans ces derniers cas, l'os peut rester longtemps et même

toujours malade sans aucune manifestation extérieure, matérielle; rien de physique ne pourra donc être constaté, surtout si la membrane interne de l'os est seule affectée. Ceci est prouvé par les autopsies qui montrent des altérations matérielles de la dure-mère, des exostoses de la table interne du crâne sans tumeur extérieure. J'ai fait représenter dans mon livre de chirurgie une portion du coronal avec deux exostoses de la table interne faisant saillie dans la cavité crânienne sans aucune déformation, sans aucune tumeur extérieure. Ce sont là ce que j'appelle des *exostoses internes* [1], celles qui peuvent donner lieu à des douleurs atroces, à des compressions cérébrales mortelles sans qu'on soupçonne leur existence, si on ne connaît pas bien les antécédents du malade. Je reviendrai nécessairement sur ces tumeurs internes et leurs conséquences. Dans les cas de douleurs ostéocopes persistant encore malgré la disparition de l'exostose apparente, il est à supposer qu'il y avait en même temps exostose *externe* et exostose *interne*, et que la première seule a disparu tandis que l'autre persiste encore.

Quelquefois les douleurs commencent par être vagues, tout le squelette semble endolori. Souvent alors elles sont profondes, c'est-à-dire qu'elles semblent partir, comme le disent les malades, de la moelle des os. Dans le plus grand nombre des cas, elles se fixent sans cependant se localiser d'une manière bien distincte sur un point du squelette. Elles sont alors aiguës, déchirantes; il semble au malade que l'os est soumis à une forte pression très-limitée, qu'on le perfore. Quelquefois la pression n'augmente pas la douleur, quelquefois au contraire elle est exaspérée par le moindre contact; il est probable qu'il y a alors périostite ou ostéite superficielle. Le caractère le plus remarquable de cette douleur, c'est d'arriver la nuit, d'être nocturne. En effet, quelquefois elle est complétement absente pendant le jour, ou bien légère et vague; mais elle s'éveille, se fixe, s'accroît, s'exaspère avec le crépuscule, pour se calmer ou disparaître avec l'aurore qui ramène alors le sommeil. Les heures les plus cruelles sont les trois premières de la nuit; le paroxysme a lieu ordinairement à minuit. Les douleurs ayant lieu à l'heure du coucher et quand le lit est réchauffé, on a considéré cette circonstance comme déterminante et on a dit que les boulangers qui font la nuit du jour souffraient de cette douleur pendant le jour, c'est-à-dire à l'heure du coucher. Mais on doit savoir que les boulangers ont bien plus chaud quand ils travaillent que quand ils sont couchés. D'ailleurs on a vu, dans le monde, des vénériens

[1] *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. III, p. 395.

vouloir veiller, rester à l'air ou se promener en voiture, et souffrir de celle-ci quand l'heure fatale sonnait, et cela comme s'ils étaient couchés dans un lit bien chaud.

Le diagnostic des douleurs ostéocopes peut offrir des difficultés. Elles sont certainement plus fixes que les douleurs rhumatoïdes que j'ai déjà décrites; elles reviennent à la même place à chaque accès, ce que ne font pas celles que l'on observe à une période moins avancée de la vérole, et elles sont ordinairement exaspérées par la compression, tandis que celle-ci calme les douleurs rhumatoïdes. Mais ces caractères ne sont pas toujours aussi tranchés, car j'ai déjà dit qu'il y avait des douleurs ostéocopes vagues, et il en est qui ne sont nullement exaspérées par la compression, à la vérité celle-ci ne les calme pas. D'ailleurs, il peut y avoir en même temps chez le même individu douleurs rhumatoïdes et douleurs ostéocopes, car on sait que les périodes de la vérole ne sont pas toujours parfaitement distinctes, et les accidents dits secondaires peuvent arriver en même temps que les accidents dits tertiaires. Il n'est pas très-rare, en effet, d'observer une syphilide, même une syphilide peu profonde avec une affection de l'os ou du périoste. Bien plus, il n'est pas toujours complétement possible de distinguer les douleurs syphilitiques des douleurs rhumatismales nullement syphilitiques, car on a observé des douleurs ostéocopes qui s'exaspéraient le jour et étaient calmées pendant la nuit, et, par contre, des douleurs simplement rhumatismales avec exacerbation la nuit et rémittence pendant le jour. Encore ici, il n'est pas excessivement rare de trouver chez le même individu, et la vérole et le rhumatisme, ce qui rend le diagnostic d'autant plus complexe. De pareils cas ont été observés chez des vénériens militaires qui ont gagné un rhumatisme au bivouac, chez des blanchisseuses, chez des bonnetiers. La douleur, mais la douleur isolée, peut tromper le praticien. Il devra donc connaître toute sa valeur, sans l'exagérer pour aller à la recherche des antécédents et des symptômes concomitants qui peuvent exister du côté de la peau ou des muqueuses, car on sait qu'il est fréquent d'observer des syphilides ou des macules pendant l'existence des douleurs ostéocopes, et il n'est pas rare alors de constater des ulcérations dans la cavité buccale, ulcérations qui ne se traduisent que par des lésions fonctionnelles peu graves et passant inaperçues.

Je suis obligé encore de dire un mot de cette erreur qui attribue les douleurs ostéocopes au mercure. Elle a pris cependant un caractère sérieux, car il est vrai qu'on a pu trouver du mercure dans les os, et l'on dit que M. Bretonneau a observé ces douleurs chez des malades non vénériens qui avaient absorbé beaucoup de mercure. Pour ce qui

est des observations de M. Bretonneau, je n'ai pu les trouver; je ne puis donc juger leur valeur ici. Le mercure d'ailleurs a été rencontré quelquefois précisément dans des os qui n'avaient jamais été le siége d'aucune espèce de douleur. On sait que les ouvriers continuellement en rapport avec les préparations mercurielles n'ont jamais eu de douleurs ostéocopes, et, par contre, des vénériens, qui s'étaient abstenus de toute préparation mercurielle, ont souffert des os et ont eu des exostoses. Enfin, ces douleurs et ces lésions osseuses ont plus d'une fois été guéries par le mercure; car on sait qu'avant l'usage de l'iodure de potassium, c'était surtout par le mercure qu'on combattait même les accidents tardifs de la vérole. Plus tard je citerai un beau cas de guérison d'une exostose par la liqueur de Van Swieten. Cependant, pour ne rien omettre, je dirai que chez une syphilitique qui offrit des symptômes cérébraux et qui mourut après avoir pris beaucoup de mercure, on put constater la présence de ce métal dans la matière cérébrale. (Voyez le livre de M. Reynaud, p. 407.)

§ 2. — *Périostite et ostéite.*

La périostite isolée, sans ostéite, doit être extrêmement rare, si réellement elle a existé, car le périoste n'étant que l'écorce de l'os, on ne comprend pas que celui-ci reste indifférent quand l'autre est affecté. Ce sont les mêmes régions, les mêmes portions de squelette qui sont le plus fréquemment affectées de périostite et d'ostéite : ainsi le tibia, la clavicule, le cubitus, le radius, le crâne, le sternum, les métacarpiens, et cela sur les points de ces os qui sont les plus rapprochés de la peau.

PÉRIOSTITE.

La tumeur formée par l'inflammation du périoste, la *périostose,* se montre en même temps que les douleurs déjà décrites, quelquefois peu de jours après leur première manifestation. Cette tumeur, qui s'élève sur les portions du squelette déjà indiquées, n'est pas bien circonscrite; c'est plutôt un engorgement dont la partie la plus proéminente est arrondie, et dont les limites se perdent insensiblement dans les tissus voisins. La couleur de la peau n'est pas changée d'abord. Il y a quelquefois plusieurs périostoses sur un seul os, sur le tibia ou un os plat : les tumeurs alors sont plus petites; elles sont avec empâtement autour, et encore sans changement de couleur à la peau; leur marche est ordinairement, mais non toujours, aiguë, et, le plus souvent, la douleur qui est prononcée s'exaspère encore par la pression et par tout mouvement de l'os correspondant. La tumeur ou les tumeurs sont

bien moins distinctes, bien plus difficiles à diagnostiquer quand elles s'élèvent sur un os enseveli sous de fortes couches musculaires comme le fémur.

Si les tumeurs sont plus superficielles et qu'on puisse les explorer directement, on les trouve comme pâteuses ; puis on constate un certain degré de fluctuation ; la peau d'abord saine, mobile sur la tumeur, finit quelquefois par lui adhérer, s'altérer, s'ulcérer, et c'est ce qui arrive quand la périostose s'abcède. Mais cette terminaison est loin d'être la plus fréquente : la périostose peut, au contraire, disparaître par voie de résolution et de résolution franche ; elle peut aussi passer à l'état d'exostose, et souvent, alors, c'est la variété que je décrirai sous le nom d'*exostose épiphysaire*.

Selon M. Ricord, la périostose présenterait trois variétés principales :

1° La première variété, assez souvent indolente, fréquemment rapide dans son développement, a une durée ordinairement longue, se termine en général par une résolution franche. On trouve dans la tumeur un liquide séreux, séro-albumineux, ressemblant quelquefois au pus des scrofules, ou, dans certains cas, au liquide synovial. 2° La seconde variété aurait la marche des tumeurs inflammatoires; elle serait aiguë, franche ou sub-aiguë. La suppuration se déclare plus ou moins promptement, et alors il est rare que l'os sous-jacent ne soit pas atteint primitivement ou consécutivement. 3° La troisième variété, dont le développement est plus lent, serait néanmoins souvent très-douloureuse à la pression, et même sans qu'on y touche. On trouve alors que la tumeur est composée par des épanchements plastiques interlamellaires qui peuvent être les rudiments des exostoses dont il sera bientôt question.

Je possède l'observation complète d'une périostite de la clavicule qui est remarquable sous plusieurs rapports : Par la rapidité avec laquelle elle s'est établie après l'apparition du chancre, par l'absence des accidents du côté du tégument, et par le caractère fortement inflammatoire de la lésion qui nous a obligé d'employer les antiphlogistiques très-largement.

Le malade était couché salle 9 de mon service. Il entra le 11 décembre 1854 ; ses chancres dataient du 3 du même mois. Il y en avait un au fourreau de la verge, l'autre au gland. Ils étaient phagédéniques. Le 20, pendant que le malade prend des pilules de Dupuytren, les chancres offrent un bon aspect, la réparation s'annonce franchement, et le 8 janvier 1855 la cicatrisation est complète.

Mais dès le 28 du mois précédent (décembre), sans syphilide préa-

lable, le malade se plaint de souffrir de la clavicule droite. Ses douleurs vont en augmentant, et le 1er janvier 1855 elles sont excessivement violentes, s'exaspérant par la pression, les mouvements du bras, les efforts de toux ; se montrent plus vives la nuit de manière à empêcher tout sommeil. La peau qui recouvre la clavicule conserve sa coloration normale. Le gonflement de cet os s'étend de l'articulation sterno-claviculaire jusqu'à la réunion des deux tiers internes avec le tiers externe. Dans cette étendue la clavicule semble avoir le double de son épaisseur.

1er janvier 1855. — Il ne reste plus qu'un chancre.

Les pilules Dupuytren sont supprimées; 2 grammes iodure de potassium par jour; 15 sangsues sur les parties de l'os qui sont gonflées.

3 janvier. — Même état : iodure de potassium, 3 grammes; 20 sangsues sur l'articulation sterno-claviculaire; opium le soir, 5 centigrammes; diète.

4-5 janvier. — Les douleurs sont toujours aussi intenses : iodure de potassium, 4 grammes. Les deux racines du sterno-mastoïdien sont gonflées, dures dans l'étendue de 2 pouces.

6 janvier. — Les douleurs sont un peu moins vives. Vésicatoire sur la clavicule.

7 janvier. — Le malade est moins souffrant, les mouvements du cou sont plus faciles, mais le bras, l'épaule ne peuvent encore être mis en mouvement sans provocation de douleurs très-vives.

9 janvier. — Presque plus de douleur quand le malade reste immobile.

10 janvier. — Les douleurs ont à peu près complétement disparu, le gonflement de l'extrémité interne de la clavicule persiste en partie. Le corps de l'os a à peu près son volume normal et le muscle est moins volumineux, plus souple. Les 4 grammes d'iodure de potassium sont continués. Cet état reste le même les jours suivants, le malade ne peut exécuter qu'avec peine des mouvements de rotation de la tête, le bras reste immobile à cause des douleurs que détermine la contraction des muscles de l'épaule.

Une exacerbation nécessite une nouvelle application de sangsues. Onctions mercurielles sur l'articulation sterno-claviculaire.

Enfin le malade sort à la fin de février 1855, complétement guéri, libre de tous ses membres.

On voit ici une périostose manifeste et syphilitique qui naît vingt-cinq jours après l'apparition des chancres, chancres considérés comme non indurés mais phagédéniques. Il ne se passe rien du côté de la

peau, rien qui puisse être secondaire. Ainsi donc, double échec à la doctrine que nous combattons : 1° Rapidité de l'affection fibreuse ; — 2° Accident tertiaire arrivant sans être précédé par le secondaire.

Au point de vue pratique, on voit ici une affection qui aurait été bien plus difficile, bien plus longue à guérir, si on s'était borné à l'iodure de potassium, si on ne l'avait pas combattue vigoureusement comme inflammation.

OSTÉITE.

L'ostéite syphilitique atteint les mêmes os qui ont déjà été signalés comme le point de départ des douleurs nocturnes : tibia, clavicule, sternum, crâne, cubitus, radius. J'ai déjà dit qu'il est difficile d'admettre la périostite sans l'ostéite. En effet, toujours ou presque toujours la lame la plus superficielle de l'os est atteinte, quand on observe une périostose, et souvent c'est elle qui a d'abord été affectée; il s'opère alors entre cette lame et le périoste un épanchement qui décolle celui-ci ; déjà la tumeur existe et elle peut être constatée si l'os est voisin de la peau. Au lieu d'attaquer la superficie de l'os, l'inflammation peut sévir sur son parenchyme, être profonde ; c'est surtout alors qu'elle peut exister pendant quelque temps sans caractères physiques matériellement observables ; la douleur seule peut l'accuser. L'ostéite, qu'elle atteigne la lame la plus externe, le parenchyme, toute l'épaisseur de l'os, peut être circonscrite, quelquefois très-limitée, ou bien être diffuse, et s'étendre à tout l'os. L'os est d'abord tacheté, ses canalicules se développent ; ils contiennent du sang rouge et un liquide transparent semblable au suc osseux. Du reste, ce qui a lieu ici se remarque dans toutes les ostéites commençantes, quelle que soit leur nature. Puis il se produit un suc plus épais ressemblant à celui du cal ; quelquefois c'est une matière plastique organisable comme celle de certaines périostoses.

La tumeur produite par la congestion sanguine et les produits que je viens de signaler, survient souvent quand déjà le malade accusait des douleurs nocturnes ; elle est d'abord très-mal limitée, diffuse ; elle ne proémine et ne fait une saillie brusque que dans les cas d'ostéite circonscrite, et quand il va y avoir une véritable exostose.

L'ostéite syphilitique a une marche lente, chronique ; quelquefois elle revêt une forme sur-aiguë.

Deux mots sur le traitement de la périostite et de l'ostéite.

C'est surtout la périostose, et bien entendu la périostose externe, qu'on peut traiter par les topiques et certaines opérations. Ainsi, il est des périostoses manifestement inflammatoires, sous forme aiguë, qui affec-

tent des sujets qui ne sont pas trop débilités; il y a alors indication formelle pour la saignée locale par les sangsues, saignée qu'on peut répéter comme je l'ai fait dans le cas cité à la fin du paragraphe *Périostite.* Quand on a obéi à cette première indication, on en vient aux vésicatoires. Ceux-ci devront être d'abord appliqués, sans être précédés par la saignée locale, quand la tumeur, moins franchement inflammatoire, survient sur un sujet débilité. On panse le vésicatoire avec l'onguent mercuriel. La périostose peut être traitée aussi par les incisions. Ces petites opérations, qui ont surtout été recommandées, dans les cas de périostite aiguë, par Crampton, MM. Velpeau et Maisonneuve, ne seront entreprises ici que dans les cas de tumeur s'élevant sur un os superficiel, et si déjà l'iodure de potassium administré à l'intérieur n'a pas amendé les symptômes, s'il n'a pas calmé la douleur. Alors on pourra supposer, avec raison, que la résistance des tissus fibreux à l'expansion inflammatoire produit sur le point affecté une espèce d'étranglement qu'on peut lever par des incisions, des débridements; mais je le répète, avant tout on devra tenter l'iodure de potassium, lequel a quelquefois des effets aussi prompts sur la douleur que les incisions elles-mêmes. Dans les cas aigus on ne devra pas oublier les saignées locales.

Le traitement de l'ostéite, surtout de l'ostéite superficielle, ne diffère pas de celui de la périostite que je viens d'indiquer. C'est surtout ici qu'il faudra se garder d'avoir recours à une opération avant d'employer le moyen interne dont la puissance est si universellement reconnue, l'iodure de potassium.

§ 3. — *Exostoses.*

Dans la périostite et l'ostéite il y a tumeur de l'os, mais on appelle surtout exostose la terminaison de ces deux inflammations par une induration plus prononcée que celles des deux inflammations qui viennent d'être étudiées. En effet, au lieu de se résoudre et de disparaître, au lieu de suppurer et de se mortifier, la tumeur formée par l'ostéite devient le siége d'une surnutrition, d'une ossification anormales. Mais il n'est pas toujours nécessaire qu'il y ait ostéite ou périostite pour que l'exostose se produise : on voit, en effet, quelquefois l'hypertrophie indépendante de tout antécédent inflammatoire ; quelquefois c'est une substance plastique qui est déposée dans toute la trame osseuse, même dans le canal médullaire, substance tout à fait semblable à celle que j'ai signalée quand j'ai décrit les lésions syphilitiques des muscles.

Variétés. — Les exostoses syphilitiques, comme d'ailleurs toutes

les exostoses, peuvent être divisées en deux principales variétés : exostose parenchymateuse, exostose épiphysaire.

1° *Exostose parenchymateuse.* — C'est celle que l'on observe surtout à la suite de l'ostéite profonde. L'ossification anormale peut revêtir le caractère du tissu aréolaire ou celui du tissu compacte. Dans le premier cas, ce sont des lames, des lamelles qui laissent entre elles des aréoles et constituent ce que quelques auteurs ont appelé *exostoses celluleuses, laminées.* Dans le second cas, c'est le tissu compacte, et, comme le dit Albers de Bonn, la substance corticale qui constitue l'exostose. Si les lamelles osseuses ont subi une divarication, entre elles a été déposée une matière osseuse sans organisation distincte, et l'os a non-seulement augmenté de volume, mais son poids, sa densité, ont aussi subi un accroissement marqué. Ce sont là les *exostoses éburnées*, celles qui ont pu être utilisées pour manches de scalpel.

2° *Exostose épiphysaire.* — C'est celle qui est surtout le résultat d'une périostite. Albers de Bonn l'appelle ostéophyte, c'est-à-dire organe nouveau indépendant de l'os avec lequel il est en rapport (au moins pendant un certain temps), puisqu'on peut enlever cette exostose, l'os restant tout à fait intact. Albers cite un ostéophyte (déposé au musée de Bonn) qui est sur la partie moyenne du fémur d'un adulte ; il est ovale selon le grand diamètre de l'os ; il a une écorce compacte et l'intérieur est celluleux. Ce sont des épiphyses, des os surajoutés qui, comme toutes les épiphyses, finiront par faire corps avec l'os. Elles en sont d'abord séparées par une lame cartilagineuse ou osseuse, qui disparaît pour que cette épiphyse anormale fasse corps avec l'os. On voit d'ailleurs des exostoses épiphysaires se greffer sur des exostoses de la première catégorie, sur une exostose parenchymateuse. Selon M. Rognetta, les exostoses épiphysaires auraient une structure analogue à celle du velours, c'est-à-dire qu'elles seraient composées de fibres perpendiculaires à leur surface d'implantation.

Quelle que soit la variété d'exostose, elle peut avoir une forme qui se rapprochera plus ou moins d'une demi-sphère ; elle peut être conique, aplatie, allongée ou même presque pédiculée ; quelquefois c'est une crête qui affecte la disposition annulaire de certaines syphilides : on voit un exemple de cette singulière forme dans l'*Iconographie* de M. Ricord. Ce sont les exostoses épiphysaires qui sont le mieux dessinées, qui font la saillie la plus brusque.

L'exostose peut gêner, comprimer les organes environnants, surtout quand elle est volumineuse ; elle peut altérer singulièrement ses formes. On voit dans mon livre de chirurgie la représentation d'une exostose du maxillaire supérieur qui avait 11 pouces de circonférence et qui

avait rendu le malade hideux [1]. Quelquefois il n'y a gêne que pour les organes voisins, lesquels peuvent être déplacés, réduits, atrophiés. L'exostose du maxillaire supérieur dont j'ai déjà parlé avait d'abord gêné les mouvements de la mâchoire inférieure; elle finit par luxer ce dernier os. La régularité des mouvements d'un membre peut être détruite par une exostose. Par la compression des vaisseaux elle peut produire de l'œdème plus ou moins loin de son siége, et par la compression des nerfs donner lieu à des modifications de la sensibilité, à des douleurs qu'il ne faut pas confondre avec la douleur spéciale, celle qui part de l'exostose même et non des organes qui l'avoisinent. Les effets de la compression sont surtout graves quand l'exostose atteint des os qui entrent dans la composition d'une cavité renfermant des organes d'une grande importance comme la cavité crânienne, la cavité rachidienne. C'est alors que, par la compression des centres nerveux, il se produit des phénomènes morbides du côté de la sensibilité générale, de la sensibilité spéciale, du côté de la motilité et même de l'intelligence. Une exostose crânienne peut produire de l'agitation, de la somnolence, de la paralysie, des convulsions, du délire. L'amaurose est quelquefois produite par une exostose du sphénoïde ou d'un autre os de la base du crâne; cette paralysie oculaire n'est pas extrêmement rare et, pour le dire en passant, quand elle tient à cette cause, elle n'affecte, en général, qu'un œil. L'exostose de la cavité orbitaire peut produire d'autres paralysies oculaires et l'exophthalmie.

Les exostoses des os du rachis sont, je crois, plus fréquentes que celles du crâne, mais elles sont plus souvent méconnues. J'ai déjà indiqué ma division en exostoses *internes* et *externes :* eh bien! c'est surtout quand il n'y a qu'exostose *interne* que le diagnostic peut rester obscur, surtout, comme je l'ai déjà dit, si l'on n'a pas suffisamment pris connaissance des antécédents. Ainsi on peut observer des altérations de la sensibilité, de la motilité sans apparence d'exostose, rien sur le crâne n'indiquera une lésion osseuse, car elle peut ne porter que sur la table interne des os qui forment la cavité. Au rachis il n'y a pour ainsi dire pas d'exostoses externes, car cette tige osseuse étant cachée en partie dans la poitrine, dans l'abdomen, par les organes antérieurs du corps et en partie ensevelie par des masses musculaires, on peut souvent ignorer l'existence de toutes les exostoses du rachis jusqu'au moment où elles produisent leurs effets les plus désastreux. Et encore, alors, si l'on n'est pas prévenu par des faits antérieurs, on peut né-

[1] *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire,* t. II, p. 394, 3e édition.

gliger d'examiner les antécédents et rester dans l'ignorance, dans l'inaction, quand on pourrait être si secourable au malade par la connaissance de la cause des désordres nerveux. Dans le plus grand nombre des cas c'est par les syphilides qu'on sera mis sur la voie. Ainsi on trouvera une de ces éruptions ou bien des stigmates qui accusent leur existence antérieure. Mais il peut arriver, quoi qu'on en dise, que l'exostose précède la syphilide. Alors, si celle-ci vient à apparaître, c'est un trait de lumière pour le praticien. Dernièrement (juin 1852), M. Debout a lu à la Société de chirurgie un travail intéressant sur la paralysie musculaire. Une des observations de ce travail est relative à une paralysie d'une partie du membre supérieur, dont le diagnostic avait été obscur. M. Nélaton, qui traitait le malade, soupçonna une exostose du rachis. Il est dit, dans le travail de M. Debout, que M. Nélaton fut confirmé dans son diagnostic par l'apparition d'une roséole. Voilà donc une roséole, c'est-à-dire un accident secondaire ordinairement hâtif et qui n'apparaît ici qu'après accident dit tertiaire ! C'est fort compromettant pour la régularité de la triade syphilitique. Mais enfin le fait a été observé par un clinicien habile, et ce fait est écrit tout au long dans un travail sérieux dont j'ai entendu la lecture.

Je vais rapporter une observation de paralysie des membres inférieurs, paralysie que j'ai considérée comme l'effet d'une affection des os du rachis, d'une exostose. Je suis arrivé à ce résultat par l'étude des antécédents du malade et l'examen attentif des stigmates qu'il portait, stigmates qui accusaient l'existence antérieure de syphilides à divers degrés de profondeur. Cette observation ne contient pas seulement un fait remarquable au point de vue pratique, elle est de la plus grande importance au point de vue doctrinal. J'ai, en effet, inoculé le malade par le vésicatoire, avec le pus de la pustule plate et j'ai produit une ulcération spécifique, puis un tubercule de la peau comme ceux de la syphilide tuberculeuse disséminée. Ce tubercule s'est résolu et a laissé à sa place une tache rouge cuivrée, comme les autres taches que le malade portait depuis si longtemps sur la peau et qui a persisté très-longtemps. Cette expérience, comme celle de M. Bouley, prouve non-seulement l'inoculabilité de l'accident secondaire, mais encore la possibilité d'une double vérole. L'observation a été recueillie en entier et avec un soin extrême par mon interne, M. Codet. J'ai dû retrancher une foule de détails relatifs aux antécédents ; j'ai laissé tous ceux qui constatent que le sujet avait eu une vérole complète, qu'il était, comme on le dit, tertiaire quand je l'ai inoculé. Je tirerai parti plus tard de cette observation, que je publierai alors en entier. Ce malade, d'ailleurs, a été plusieurs fois à la Pitié, et a été traité par deux de mes

collègues, et il est resté très-longtemps dans mon service, où il a été observé par plusieurs médecins et par mes élèves qui ont suivi les phases de l'inoculation.

Le nommé M... est âgé de trente-sept ans; il est entré à l'hôpital du Midi, le 6 octobre 1851. La première infection a eu lieu le 13 mai 1847; c'étaient des chancres à la verge. Après blennorrhagie, orchite et affection des yeux; un de ces organes est perdu. Il survient un suintement et des pustules plates à l'anus. Le malade était, en juin 1850, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Piedagnel. Il portait alors à la face externe de la cuisse gauche une ulcération profonde de la largeur d'une pièce de 5 francs. Pansement avec diachylum et poudre de calomel; guérison au bout de quarante jours. La cicatrice de cette ulcération est aujourd'hui très-apparente, profonde et d'un rouge brun; il y en a aux jambes de la même couleur, mais moins profondes. Ce malade, qui a eu de très-violentes douleurs de tête, souffre un peu moins de ce côté; mais il survient des souffrances aux jambes.

Pendant les mois d'octobre et de novembre 1850, le malade travailla dans une mégisserie. Ses pieds devinrent le siége d'un sentiment très-prononcé de froid; ils s'engourdirent. La marche était très-fatigante; le malade traînait une jambe; il lui semblait marcher sur du coton; il maigrit.

L'appétit devint irrégulier. Il entra comme gardien aux Madelonnettes. Là, la paralysie des membres inférieurs augmenta de jour en jour.

Il se fait recevoir de nouveau à la Pitié, le 10 février 1851, dans le service de M. Becquerel. Bains sulfureux. On applique des cautères à la région lombaire; on administre la strychnine, et l'électricité est employée; mais la paralysie augmente toujours. Les testicules s'engorgent sans que le malade quitte le lit; ils deviennent insensibles. Une ulcération profonde de la jambe gauche ne cède qu'à l'emploi du fer rouge; des escarres se forment au sacrum et font courir les plus grands dangers au malade, lequel se remet lentement et sort avec un peu d'amélioration.

Enfin, il entre à l'hôpital du Midi le 6 octobre 1851 pour une récidive. M. Vidal, prenant connaissance des antécédents, frappé de l'aspect des cicatrices, de la nature de l'engorgement testiculaire, pense que la paralysie est due à une affection des os du rachis, probablement à une exostose. Le malade est donc soumis à l'usage de l'iodure de potassium, à 3 grammes par jour. Il en retire les plus grands avantages. Au bout de deux mois, il peut se lever et marcher, quoique avec difficulté. L'état général est excellent. L'engorgement testiculaire, qui

était plus prononcé à gauche qu'à droite, diminue considérablement sous l'influence de l'iodure. Le malade prend de l'embonpoint; mais il désire rester quelque temps à l'hôpital, attendant une place du gouvernement.

En janvier 1852, on appliqua un petit vésicatoire à chaque cuisse pour une paresse vésicale; on les pansa avec de la charpie imbibée du pus de pustules plates que portait un autre malade. Le résultat fut nul.

M. Vidal se propose de répéter plus tard cette expérience.

En effet, le 12 avril 1852, le malade se plaignant de suffocation, il fut fait application d'un vésicatoire à la partie externe et supérieure de chaque bras.

13 avril. — On panse les deux vésicatoires avec de la charpie imbibée du pus de pustules plates ulcérées d'un autre malade. Le sujet inoculé éprouve dans la journée des douleurs assez vives.

15 avril. — La plaie de chaque bras est couverte d'une fausse membrane grisâtre très-adhérente. La suppuration est très-abondante et d'une odeur infecte; de la charpie imbibée du même pus que le 13 est placée sur les plaies des vésicatoires.

16 avril. — La fausse membrane manque dans certains points; sur les points où elle manque, on voit une surface assez rouge et granulée, surtout au bras droit. Pansement des deux côtés avec le pus de pustules plates d'un autre malade de la même salle [1].

17 avril. — La plaie est plus rouge à droite; la fausse membrane disparaît. Pas de douleur. Dorénavant, on ne pansera les deux bras qu'avec du cérat simple.

18 avril. — On aperçoit à droite, au milieu de la surface excoriée, une tache grisâtre qui paraît légèrement déprimée; à gauche, la surface est rouge vermeil; à peine y voit-on çà et là quelques points grisâtres.

[1] Voici la note de M. Codet sur les malades qui ont fourni le pus pour les inoculations.

Salle 11, n° 14 A... (Adolphe), peintre, quarante et un ans, entré le 11 avril, sorti le 19 avril 1852. Ce malade porte un chancre induré en voie de cicatrisation. Ce chancre date de deux mois à deux mois et demi. Le malade s'est aperçu en outre depuis quelques jours de pustules plates à l'anus et dans le pli génito-crural; ces pustules sont le siége d'une suppuration abondante. Deux fois, le 13 et le 15 avril 1852, le pus des pustules de l'anus a été inoculé au n° 32, salle 11.

M... (Louis), quarante-cinq ans, voyageur, entré le 15 mars, sorti le 23 mai 1852. Chancre au mois de décembre 1851, cicatrisé vers le 15 janvier; pustules à l'anus vers le 20 janvier, puis au nez, au menton, à la bouche, à l'aisselle, etc. Une inoculation a été faite avec le pus des pustules de l'anus, au n° 32 de la salle 11, le 16 avril 1852.

19 avril. — La petite tache grisâtre du côté droit se creuse légèrement ; à gauche, le vésicatoire se sèche.

20 avril. — Tout le vésicatoire du côté droit est rouge, sauf la partie centrale, qui se déprime un peu, et dont la couleur grise tranche sur celle du reste de la plaie. On supprime les verres de montre qui, jusqu'à présent, ont couvert les plaies des vésicatoires.

21 avril. — La surface de la petite ulcération du vésicatoire (à droite) change de couleur; elle est piquetée de rouge; on aperçoit des bourgeons charnus fongueux et mollasses; du reste, elle n'a pas augmenté, elle a à peu près 8 millimètres dans tous les sens; au fond, on voit une petite élevure qui arrive presque jusqu'au niveau des bords. A gauche, il reste à peine à cicatriser une surface de la largeur d'une pièce de vingt centimes.

22 avril. — Même aspect de la petite ulcération de droite; seulement la couleur rouge l'emporte sur la grise.

23 avril. — L'ulcération de droite semble se régulariser; le fond tend à devenir horizontal, les bords sont très-nettement tranchés, la coloration est à peu près la même, le rouge domine. Cicatrisation complète du vésicatoire gauche.

25 avril. — A la place de la petite ulcération de droite, on trouve un petit tubercule dur, couvert par une croûte brunâtre qui persiste à la place de l'ulcération.

26, 27, 28, 29, 30 avril, 8 mai. — La petite croûte persiste toujours; on l'enlève; sous elle on trouve une petite ulcération couverte de pus; les bords en sont nettement coupés, le fond est grisâtre.

9, 10, 11 mai. — L'ulcération se cicatrise lentement.

14 mai. — La petite ulcération est couverte de bourgeons charnus, on la touche au nitrate d'argent. Quelques pustules se sont montrées au cou du malade, à la racine des cheveux et sur la lèvre supérieure; elles se couvrent de croûtes brunâtres.

18. — La petite ulcération est comblée, mais à sa place on trouve un petit corps dur d'un rouge brun, qui s'élève à peine au-dessus de la peau et qu'on sent dans les tissus de la grosseur d'un pois; il persiste longtemps; il disparaît enfin et laisse à sa place une macule rouge cuivré de la couleur des cicatrices des jambes; cette macule existait encore au commencement de juin 1852.

On voit ici une première inoculation faite sur les cuisses échouer. Plus tard, on inocule deux bras, et on ne produit des effets que sur un membre. Si l'on s'était contenté d'inoculer une seule fois ce malade, et si, la seconde fois, on n'avait inoculé qu'un bras, on aurait pu avancer, avec quelque fondement, qu'il n'y avait plus possibilité chez lui de

produire une forme syphilitique quelconque. Ce fait prouve encore une fois la nécessité de répéter les expériences avant de se prononcer. On remarquera que les vésicatoires n'ont été pansés que deux fois avec de la charpie purulente. Les autres pansements ont été faits avec du cérat simple.

Double vérole. — On sait que l'exostose a été placée tout à fait aux confins de la vérole, qu'elle est l'expression la plus classique de l'état tertiaire, après lequel, dit-on, il ne peut plus surgir de nouvelles véroles. Eh bien, l'observation qu'on va lire contient un fait, une nouvelle preuve que celle-ci peut sévir deux fois sur le même individu. En effet, on voit le malade, après plusieurs accidents primitifs, après une syphilide superficielle, rester quatre ans comme guéri, c'est-à-dire ne portant aucun signe de vérole, puis survient une exostose au tibia, c'est-à-dire un accident réputé tertiaire, et en même temps une syphilide profonde. Je me rappelle parfaitement cette première maladie, je l'ai traitée avec succès par l'iodure de potassium. Mais deux mois après, le malade contracta deux nouveaux chancres qui mirent deux mois à se cicatriser, et deux ans après, il eut une blennorrhagie compliquée d'orchite. Enfin, en 1850, nouvelle syphilide à l'épaule droite, au bras, au ventre ; elle a d'abord la forme squammeuse, puis elle s'ulcère et suppure beaucoup ; enfin viennent des croûtes qui entourent de larges plaques rouges. Ne peut-on pas considérer cette dernière syphilide comme le résultat ou des derniers chancres ou de la blennorrhagie qui a existé en 1848 ? N'est-ce pas là une nouvelle vérole ? Je sais qu'on répondra qu'il s'agit seulement d'une récidive de la syphilide déjà observée chez le même individu ; mais je ferai remarquer : 1° que cette récidive arrive un peu tard, car on l'observe trois ans après ; 2° que cette dernière syphilide est moins profonde que celle qui l'aurait devancée, que celle qui a existé avec l'exostose. En effet, les cicatrices des deux lésions de la peau existent encore ; elles peuvent être comparées ; on pourra se convaincre alors que la dernière est plus superficielle. Or on sait que les syphilides sont d'autant plus profondes qu'elles arrivent plus tardivement. Au surplus, si la dernière syphilide n'est pas l'expression d'une nouvelle vérole, c'est toujours un accident secondaire qui serait survenu après un tertiaire. D'ailleurs, voici l'observation telle qu'elle a été rédigée par M. Codet, mon interne :

Le nommé L... Christian, âgé de trente-cinq ans, profession de vitrier, tempérament lymphatique, constitution faible, entré le 7 juin 1852, salle 12, lit n° 10.

En 1839, ce malade contracta un chancre sur le gland ; il fut mal soigné, et continua à voir des femmes. Bientôt apparurent de nouveaux

chancres, et pendant trois ou quatre ans, L... conserva des ulcérations sur la verge. A la même époque, il lui poussa des végétations sur le prépuce et le gland. Les ganglions inguinaux des deux côtés devinrent très-volumineux, mais ne suppurèrent jamais.

En 1842, syphilis constitutionnelle, croûtes dans les cheveux, syphilides qui ont laissé des traces peu profondes; ces accidents disparurent presque sans traitement. Quatre ans plus tard (en 1846), L... fut atteint d'une exostose du tibia droit; il survint en même temps des ulcérations profondes sur les bras, les jambes et un peu sur le tronc. Les cicatrices de ces ulcérations sont encore très-apparentes. L... entra à l'hôpital du Midi (service de M. Vidal); soumis à l'iodure de potassium, il sortit guéri au bout de trois mois. Deux mois après sa sortie de l'hôpital du Midi, L... contracta un nouveau chancre. Les ganglions inguinaux ne se sont pas tuméfiés, dit-il, et le chancre s'est cicatrisé, après deux mois de pansement avec de l'eau blanche.

Deux ans plus tard (1848), survient une blennorrhagie ; à sa suite, deux orchites du côté droit. Guérison. Le malade ne s'aperçoit plus de rien jusqu'en 1850. A cette époque, l'épaule droite et la gauche présentent une large plaque rouge, légèrement élevée. Bientôt l'épiderme se détache sous forme de squames; au-dessous la peau est rouge, de nouvelles écailles se forment, et tombent à leur tour. Quelques mois plus tard, des plaques présentant une desquamation analogue apparaissent à la partie interne des bras (au niveau du coude) et à la partie inférieure de l'abdomen (du côté droit) ; toutes s'accroissent lentement pendant deux ans, lorsqu'au commencement de 1852 une suppuration abondante s'établit à leur surface. Le malade fut soigné par M. Gibert. La suppuration diminua assez rapidement; il se forma des croûtes épaisses sur les ulcérations. Le malade reste dans cet état pendant quelque temps, et entre le 7 juin à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Vidal. Sa constitution paraît seulement un peu affaiblie. Les ganglions cervicaux sont presque normaux, ceux de l'aine très-légèrement engorgés. Sur les points que nous avons signalés, on voit des ulcérations dont quelques-unes (celles des épaules) sont presque deux fois aussi larges que la main; elles intéressent la peau; leur surface est couverte, en certaines parties, de croûtes épaisses, rugueuses et brunes. Le pourtour des surfaces atteintes est d'un rouge caractéristique.

Le 8 juin on prescrit l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour.

Le 13, on voit déjà s'affaiblir la teinte cuivrée, et la suppuration a diminué. Cet effet continue les jours suivants.

Le 15, quelques croûtes sont tombées ; il n'y a presque plus de suppuration.

Le 20, il n'y a plus que quelques croûtes adhérentes ; plus de suppuration. Larges emplâtres de Vigo sur tous les points atteints par la syphilide. Sous l'influence de ce moyen, la syphilide se modifie promptement.

Le 25, toutes les croûtes sont tombées ; il ne reste plus que des cicatrices rouges à surface encore un peu humide.

Le 30, le malade est guéri. Il ne reste plus qu'une coloration rouge sombre où étaient les plaques formées par la syphilide.

Passons au traitement de l'exostose. Il ne diffère point de celui de la périostose que j'ai déjà fait connaître. Pour ce qui est des moyens internes, on devra avoir recours, le plus tôt possible, à l'iodure de potassium. Mais encore ici il ne faudrait pas être absolu et croire que le mercure à cette période de la syphilis n'a plus aucune efficacité. La thérapeutique n'est pas assez riche pour qu'on rejette légèrement un moyen aussi énergique. Il ne faut pas qu'une acquisition nouvelle nous fasse abandonner les anciennes quand elles ont une valeur réelle. On se souviendra surtout en thérapeutique que quelquefois le moyen le plus puissant échoue quand un agent qui l'est moins réussit. Dans l'observation remarquable qu'on va lire on verra le mercure faire disparaître une exostose des plus volumineuses, c'est-à-dire une de ces lésions qu'on croit aujourd'hui ne pouvoir guérir que par l'iodure de potassium, quand on les guérit.

« Un postillon d'une grande maison portait depuis plus de deux ans une exostose du sinus maxillaire gauche. De ce côté, l'œil était larmoyant et poussé en avant, le nez déjeté à droite, la narine bouchée et la voûte palatine un peu bombée. La tumeur était fort saillante en haut et en dehors, et la peau qui la couvrait rouge et luisante. Le visage de cet homme était vraiment hideux. L'exostose avait paru peu de temps après l'infection vénérienne et l'apparition de quelques autres symptômes. Elle avait grossi lentement ; mais, depuis plusieurs années, elle n'avait fait aucun progrès. Douloureuse d'abord, elle avait cessé de l'être, en cessant de croître. C'est pendant la glorieuse campagne de Marengo, et en suivant le chef de l'armée auquel il était attaché que ce postillon fit disparaître les autres symptômes vénériens, en prenant de la liqueur de Van Swieten, et en faisant quelques frictions.

« Menacé d'être mis à la retraite à cause de sa difformité, cet homme crut devoir tout entreprendre pour la faire disparaître. Il sollicita et obtint d'un médecin une ordonnance pour deux livres de liqueur de Van Swieten. Il se servit huit fois, chez différents pharmaciens, de la même ordonnance ; et après avoir pris, sans conseil et sans guide, en

moins de trois mois, cent vingt-huit grains de muriate suroxygéné de mercure, il se trouva entièrement débarrassé de sa tumeur. L'œil était rentré dans l'orbite ; le larmoiement avait cessé ; les narines étaient libres. On voyait vers le haut de la joue un enfoncement qui provenait de l'adhérence de la peau en cet endroit [1]. »

Quant au traitement local, chirurgical, c'est-à-dire, quant aux émissions sanguines locales, aux vésicatoires, aux incisions comme débridement, il y aura moins à espérer ici de leur emploi, car il y a pour ainsi dire un nouvel os qui s'est formé, et ce n'est pas une chirurgie aussi superficielle qui est de mise alors, ce sont des trépanations, des résections, des amputations pour lesquelles d'ailleurs on ne se décide que quand l'exostose, par ses rapports, son volume, cause des désordres qui compromettent la vie ou des fonctions très-importantes. Ces opérations sont décrites dans les livres de chirurgie auxquels je renvoie le lecteur. Cependant je dois ici tracer quelques préceptes qui sont surtout applicables aux résections des exostoses.

Il est des cas où la tumeur est très-saillante, elle semble pédiculée ; on la cerne alors par deux incisions semi-elliptiques, on met à découvert le périoste de ce pédicule, et, par un trait de scie, on abat la tumeur. Les mêmes incisions devront être faites quand la tumeur est à large base et quand il y a altération des parties molles qu'on enlève alors avec la tumeur osseuse. Mais, dans le plus grand nombre des cas, l'incision cruciale devra être préférée, car elle fournit quatre lambeaux dont la dissection méthodique agrandit le champ de l'opération et facilite le jeu des scies. Ces instruments varieront selon l'exostose, sa forme, son développement, sa position. Ce sera tantôt une scie à lame flexible, tantôt à lame étroite et droite montée sur un manche, ou à lame circulaire. Ce sera l'ostéotome de M. Heine, qui est une scie à chaîne, se mouvant sur le bord d'une grande lame. On peut être obligé d'avoir recours à la gouge, au ciseau ; il faudra alors fixer solidement la partie pour éviter les ébranlements, et ces instruments devront agir très-obliquement pour qu'ils coupent, en sciant, autant que possible. La rugine et les tenailles peuvent être employées pour compléter l'opération. Il est des cas où le feu pourrait être réclamé pour terminer l'opération.

Quand une tumeur est très-volumineuse, on pourrait, pour ainsi dire, la *débiter ;* on en ferait plusieurs parts qu'on attaquerait ensuite séparément ou en plusieurs séances. C'est ici une application du principe

[1] Boyer, *Malad. chirurg.*, t. VI, 4e édit., p. 182. — On dira peut-être qu'ici il n'y avait pas vérole. Le fait n'en serait que plus extraordinaire. Mais Boyer fait très-bien mention *d'autres symptômes vénériens.*

des *opérations en plusieurs temps* que j'ai soutenu ailleurs. Pour le cas d'exostoses épiphysaires, on a proposé de confier le second temps à la nature. On couperait, dans le premier temps, le périoste de la tumeur, laquelle serait dénudée autant que possible; l'exostose se trouvant alors dans les conditions d'un séquestre, on confierait à la nature le soin de sa complète élimination. Quoique partisan des opérations en plusieurs temps, je pense qu'on doit ici chercher à tout enlever dans le premier temps, s'il ne doit pas se prolonger au point de compromettre l'opération.

§ 4. — *Carie et nécrose.*

Pour moi, l'ulcération et la gangrène ne diffèrent pas de nature, car il y a, dans les deux cas, mortification; elle est moléculaire dans l'ulcération, elle est parcellaire dans la gangrène. Comme il y a une grande analogie entre ces deux formes de la mortification des parties molles et les lésions osseuses qu'on appelle *carie* et *nécrose*, j'applique ici le même principe, et je considère ces deux dernières maladies comme deux formes de la mortification des os. Ceux qui n'admettront pas mon opinion sur ce point conviendront du moins que la carie et la nécrose coïncident souvent, surtout quand elles reconnaissent pour cause le vice syphilitique.

La nécrose et la carie syphilitiques sont souvent une conséquence directe de l'ostéite et des exostoses qui peuvent ainsi être détruites. J'ai donc fait deux pas dans la question par les études préalables des inflammations et des tumeurs osseuses. Il s'agit maintenant de jeter un coup d'œil sur les diverses portions du squelette qui peuvent être cariées ou nécrosées, et d'étudier les effets, les accidents que ces lésions peuvent déterminer, les modifications qu'elles peuvent subir selon leur siége. Je commencerai par celle du crâne.

C'est surtout ici qu'on observe la liaison de la carie et de la nécrose. Ce qu'il y a de plus malheureux, c'est le peu de disposition de la nature pour réparer les dégâts de la syphilis, même quand la cause n'existe plus. On voit, en effet, qu'en général les nécroses du crâne ne sont suivies ni précédées du travail réparateur observé sur les autres points du squelette ; et cependant rien dans l'organisation de la dure-mère ne semble contraire à l'ossification, les productions calcaires sont, au contraire, fréquentes sur cette membrane.

Si les deux tables des os du crâne sont frappées de mort, comme on le voit, figure 140 du IIe volume de ma *Pathologie externe*, le cas est très-grave et la réparation complète impossible ; si une seule table de l'os est mortifiée, celle qui reste suffit à la réparation ; c'est ordinaire-

ment la table externe qui meurt. Alors s'opèrent les exfoliations *sensibles* ou *insensibles* dont parlent les classiques.

Une nécrose du crâne entretient toujours plus ou moins d'irritation dans le voisinage du cerveau. Tant que le sujet est bien disposé, cette irritation se borne au foyer de la mortification; mais une indisposition, même légère, peut augmenter cette irritation, l'étendre et donner lieu à une encéphalite. J'ai vu succomber une femme qui portait depuis longtemps une nécrose du frontal; on attendait la chute naturelle du séquestre, il était même déjà mobile, cependant on ne fit rien pour l'extraire; cette femme se donna une indigestion pendant laquelle les membranes du cerveau furent prises d'une inflammation mortelle.

La trépanation est donc indiquée ici; on la pratiquera dans les cas où l'ancienneté de l'affection et l'administration d'un traitement général feront raisonnablement supposer que la maladie est localisée. Ainsi, que la confiance aux forces de l'organisme n'aille pas trop loin, et sachons distinguer les cas, les lieux, où il faut lui abandonner toute la cure et les circonstances où il convient de l'aider. Dans beaucoup de cas de nécroses des os des membres, on ne doit pas trépaner; s'ensuit-il de là qu'il doive en être de même pour le crâne? Non, certes. Au membre, on ne craint guère que l'épuisement, résultat d'une trop longue suppuration, tandis qu'au crâne le malade est continuellement sous le coup d'une encéphalite qui peut s'allumer, comme je l'ai dit, par la moindre indisposition. Il est mort, à l'hôpital de Lourcine (septembre 1840), une femme qui avait une nécrose occupant tout le coronal, une partie des pariétaux. Cependant cette femme ne souffrait nullement. Mais, sous l'influence d'une épidémie, elle fut prise d'un érysipèle qui la tua. Son crâne est très-curieux, il présente la nécrose à tous ses degrés : 1° Simple érosion de la table externe; 2° perte de substance de toute l'épaisseur de cette table; 3° du diploé; 4° enfin perforation. Il est remarquable que le diploé seul a travaillé un peu à la réparation. Cette femme a toujours soutenu qu'elle n'avait jamais eu de maladies vénériennes. Ses organes génitaux étaient sains quand elle a été reçue dans mon service; mais les accidents primitifs peuvent bien être absents depuis longtemps quand les os se prennent.

La carie et la nécrose de la partie profonde de la cavité de l'orbite sont rares; elles sont en général une extension des mêmes lésions des autres os du crâne : elles ont pour effet la compression du nerf optique due au gonflement inflammatoire qui signale le début de ces maladies. Ici l'action chirurgicale est difficile et dangereuse.

Les mêmes maladies frappent les osselets de l'ouïe, amènent une surdité incurable. Au début, quand les douleurs sont intenses, et même à

une époque plus avancée, il n'est guère possible de dire à quel genre d'affection l'on a affaire. Ce n'est que par les symptômes concomitants, surtout du côté du système osseux, que l'on est éclairé. Ainsi, s'il y a une exostose, une nécrose ou une carie apparente, si surtout il y a carie de l'apophyse mastoïde, quand les symptômes du côté de l'oreille se manifestent, il est très-probable que c'est une semblable maladie des osselets qui produit l'altération actuelle des fonctions. Ici encore la chirurgie est impuissante. Il faut, avant d'admettre l'affection syphilitique, explorer l'oreille, afin d'éviter l'erreur que je viens de commettre. Je traitais un malade d'une périostose et d'autres maladies syphilitiques. Un matin, ce malade se plaignit d'une douleur très-vive de l'oreille et il avait de la fièvre. J'ordonnai des sangsues sur la région mastoïdienne du côté malade et j'augmentai la dose d'iodure de potassium. Les douleurs persistaient. Mon élève interne M. Boncour, eut l'idée d'examiner le conduit auditif; il y aperçut un insecte dont il fit l'extraction, et dès cet instant tous les symptômes du côté de cet organe disparurent.

Les parties osseuses et cartilagineuses du nez peuvent être affectées. Si les os carrés se carient ou se nécrosent, il y a d'abord douleur dans cette partie, puis gonflement d'un seul côté, ordinairement sans changement de couleur à la peau d'abord; il y a une sorte d'empâtement. Plus tard, la peau rougit; par la compression on constate que la charpente du nez est moins résistante, et l'on détermine quelquefois une sorte de craquement. Le malade mouche une matière plus ou moins purulente, plus tard, de petits fragments d'os sortent avec la matière du moucher; la peau, qui a rougi sur le dos du nez, s'enflamme davantage, il se forme quelquefois un petit abcès qui s'ouvre spontanément; un trajet fistuleux s'établit pour quelque temps. C'est ordinairement du côté de la muqueuse nasale enflammée plus ou moins épaissie et percée, que se détachent les fragments osseux.

Après l'élimination des parties osseuses malades, selon la perte plus ou moins grande de substance, la peau s'affaisse ; reste une dépression plus ou moins marquée sur le nez, avec ou sans cicatrice, selon qu'il y a eu ou non inflammation ou suppuration sous-cutanée. Si les deux os ont été affectés en même temps, l'affaissement de la peau est plus considérable et la difformité plus prononcée. S'il y a de plus lésion des cartilages latéraux, de ceux des ailes du nez, de celui de la cloison, de la sous-cloison, des lames osseuses qui entrent dans la conformation du nez, la difformité sera encore plus marquée. Dans tous ces cas, la peau peut avoir conservé son intégrité, mais quand c'est par une syphilide tuberculeuse avec ulcération que l'affection a commencé, la destruction de la peau laisse à nu une partie de l'intérieur des fosses na-

sales, la difformité est affreuse ; elle ne peut être réparée que par la rhinoplastie.

Le diagnostic n'est incertain que quand l'affection est profonde dans le nez. Mais bientôt la suppuration sanieuse, fétide, la sortie de quelques fragments osseux, mettent au jour le genre d'affection qui se développe. C'est surtout quand la partie postérieure de la cloison des fosses nasales est nécrosée, cariée, détruite, que la voix éprouve de graves altérations.

Le chirurgien devra surveiller l'instant où il lui sera possible d'extraire les séquestres, car ceux-ci formant corps étrangers entretiennent la suppuration qui peut conduire à l'épuisement. Ainsi, avec les pinces à pansement et à disséquer on devra faire de temps en temps des tentatives. Il ne faut pas craindre de pratiquer des incisions sur le dos du nez, quand on aura constaté ce craquement dont il a déjà été fait mention.

La nécrose, c'est-à-dire la mortification de parties osseuses importantes, porte assez souvent sur la voûte palatine. Après quelque temps d'une douleur fixe, mais ordinairement peu vive, vers le palais, survient un gonflement comme fongueux, rouge-violacé, de la muqueuse qui recouvre les os affectés ; puis, par une ouverture que le progrès de la maladie amène dans cette petite tumeur, sort un pus sanieux qui donne quelquefois de la fétidité à la bouche. Une portion d'os se détache et laisse une ouverture qui fait communiquer la cavité buccale avec les fosses nasales. Si cette perte de substance n'est pas trop considérable, la réparation peut être complète, c'est-à-dire que les bords de l'ouverture peuvent se rapprocher assez par les bourgeons qui s'élèvent sur eux pour combler la lacune, ou bien la muqueuse complète l'oblitération. Mais le plus souvent l'ouverture persiste, elle est quelquefois presque imperceptible. Quand la perte de substance est plus considérable, après que le rapprochement, l'affaissement des bords de l'ouverture sont allés aussi loin que les efforts réparateurs de l'organisme peuvent le porter, ces bords offrent une cicatrice solide, résultat de l'adhérence des parties molles avec la circonférence de la lame osseuse, et circonscrivent nettement l'ouverture de communication qui est circulaire ou ovalaire, ou irrégulière. On observe alors tous les effets qui doivent résulter d'une communication de la cavité du nez avec la cavité de la bouche, et un *obturateur* seul peut affranchir le malade de cette infirmité.

J'ai assez souvent observé la nécrose de l'os maxillaire supérieur ; trois fois je me suis hâté de séparer le séquestre qui a toujours porté sur la partie du bord alvéolaire qui correspond aux canines et aux petites dents molaires.

En général, la nécrose du maxillaire inférieur est considérée comme plus fréquente que celle dont je viens de parler. Je n'en ai observé qu'un cas à la maison de santé du faubourg Saint-Denis; le séquestre comprit presque tout le corps de l'os, que j'enlevai en présence de M. Morel.

Les cartilages, les os du larynx peuvent être affectés de névrose; les séquestres peuvent être expulsés dans les efforts de l'expectoration. On rendrait un service immense au malade, si l'on pouvait les extraire de bonne heure; car jouant le rôle de corps étrangers, ils entretiennent l'irritation, la suppuration, et sont pour beaucoup dans les dangers de l'espèce de phthisie laryngée qui existe alors.

Les vertèbres le plus souvent affectées de carie et de nécrose sont celles qui correspondent au pharynx. On a parlé de l'affection des autres vertèbres dans les différents points de la longueur de la colonne vertébrale, surtout vers la région lombaire, et on aurait vu la carie syphilitique déterminer des abcès par congestion. M. Baumes ajoute qu'ils ont lieu quand la carie est latérale ou postérieure et qu'il y a gibbosité en même temps par l'affaissement du corps des vertèbres lorsqu'elle est antérieure.

Quand on a à remplir le cadre des causes des tumeurs blanches articulaires, on ne manque jamais de noter la diathèse syphilitique. Mais le diagnostic de ces artropathies est encore à établir; l'exacerbation nocturne est tout ce qu'on a pu dire des caractères spéciaux. L'anatomie pathologique elle-même est à faire et restera, je crois, longtemps à faire, car les affections réellement syphilitiques des articulations sont extrêmement rares. Il est encore plus rare d'observer un cas de guérison aussi remarquable que celui-ci.

Wauter, âgé de trente-sept ans, employé aux écritures dans une maison de commerce, entre à l'hôpital, salle 11, n° 30, le 1er décembre 1846. Il porte à la partie externe de l'arcade orbitaire du côté droit une tumeur du volume d'un marron, égale, molle, fluctuante, sans changement de couleur à la peau, non adhérente à l'os; elle n'est pas pulsatile et ne fait point souffrir le malade. A la partie externe et inférieure du bras gauche, au voisinage de l'épicondyle, on remarque deux ulcères placés l'un au-dessous de l'autre; ils sont arrondis, à fond grisâtre et fournissent un pus ténu et mal lié. Un stylet fait reconnaître que l'ulcère le plus voisin de l'épicondyle repose sur une portion d'os altéré dans lequel il pénètre. Ces ulcères ont succédé à deux petites tumeurs qui ont été ouvertes à l'aide du bistouri. L'affection des os ainsi constatée avait fait naître l'idée de l'amputation dont on avait déjà parlé au malade, dans un autre hôpital. Un mois après l'apparition des tumeurs du coude était

née la tumeur orbitaire. Cette tumeur et celles du membre supérieur n'ont jamais été le siége de vives douleurs.

Dans les antécédents du malade, on trouve qu'il a eu des chancres au gland. Ils ont laissé de profondes cicatrices; ils ont persisté six mois, pendant lesquels il a été fait un traitement par le moyen de pilules dont on n'a pu savoir la composition. Il n'y a pas eu de bubon. Six mois après, des ulcérations se sont montrées à la partie externe et supérieure des cuisses; elles ont disparu après trois mois de traitement. On voit par les cicatrices qu'il y a eu destruction de toute l'épaisseur de la peau. Ce malade présente en outre sur le tronc et les membres de larges plaques de psoriasis; mais cette affection cutanée remonte à son enfance.

Le 2 décembre, j'administre l'iodure de potassium (2 grammes); le 4, la dose est augmentée de 1 gramme; le 6 décembre, on lui donne 4 grammes d'iodure; aujourd'hui, 28 décembre, le malade prend encore cette dose. Déjà, le 6 décembre, on remarque de l'amélioration; le pus des ulcères est moins ténu, le fond de ceux-ci change d'aspect; il devient rouge, de grisâtre qu'il était; le 10, les ulcères sont en partie cicatrisés, la tumeur de l'orbite a diminué d'une manière remarquable; le 15, les ulcères sont presque cicatrisés, la tumeur est réduite au quart de son volume primitif; le 18, il n'y avait déjà plus rien au coude; le 20, on reconnaît à peine le lieu où existait la tumeur gommeuse. La santé générale s'est améliorée; le malade sort le 30 décembre, parfaitement guéri.

En seize jours donc, l'ostéite a été guérie, et en dix-huit jours, la tumeur gommeuse a complétement disparu.

Je n'ai pas à tracer le traitement interne de la carie et de la nécrose, c'est le même que j'ai déjà indiqué plusieurs fois dans cet article; l'iodure de potassium doit en faire la base. Cependant, comme quelquefois le malade a déjà beaucoup usé de ce moyen, quand les os sont si profondément affectés, on fera bien de tenter le fer seul ou combiné avec l'iode. J'ai fait faire des dragées ferrugineuses et des dragées de proto-iodure de fer qui ont réussi dans quelques cas de caries profondes, lesquelles avaient conduit le malade jusqu'à un état de cachexie très-avancée. On peut aussi donner l'huile de foie de morue.

Mais le chirurgien devra suivre de très-près la marche de l'affection osseuse, pour saisir le moment où il pourra enlever un séquestre, retrancher une portion d'os carié. Il ne saurait croire le service qu'il rend au malade par ces opérations un peu hâtives; car souvent le virus syphilitique, la cause première, n'existant plus, restent les effets qui deviennent causes à leur tour et causes très-graves, car elles amènent l'épuisement.

ARTICLE IX.

Maladies des viscères.

L'infection du sang, des humeurs par le virus, fut admise dès qu'on put réellement étudier la syphilis; on admit aussi la possibilité des lésions spéciales des tissus et des organes que nous venons d'étudier, et de plus celle des viscères. Il y a eu même une époque où la vérole figurait sur tous les points du cadre nosologique; on la voyait partout et toujours. Cette exagération eut sa réaction qui alla jusqu'à nier la syphilis des viscères. On n'épargna pas les sarcasmes à ceux qui y avaient cru. Il se fait aujourd'hui un retour vers les idées anciennes. Depuis ma première édition on a marché dans ce sens, on a accumulé ce qu'on a appelé des observations et souvent sans se montrer fort difficile dans le choix.

Il faut bien s'entendre sur le rôle que joue la syphilis dans la production des maladies viscérales. Ainsi il est incontestable qu'elle peut devenir une cause occasionnelle de certaines affections dont le germe ou la prédisposition existait déjà. L'observation le prouve surabondamment : en effet, plus d'une phthisie qui était latente s'est déclarée sous l'influence de la vérole. Ce n'est pas seulement dans les viscères thoraciques qu'a lieu cette mise en action de l'élément tuberculeux par la syphilis; on l'observe fréquemment dans le système lymphatique, et plus d'un bubon strumeux n'a dû son évolution qu'à l'influence syphilitique.

Mais ce qui est plus difficile à établir, c'est l'existence des lésions viscérales essentiellement syphilitiques, ayant des caractères anatomiques à part et une symptomatologie qui prouve leur spécificité. En passant en revue les lésions des organes intérieurs qui ont été observées, je fournirai la preuve de ce que j'avance ici, et je ferai connaître, en même temps, au jeune praticien qui voudra agrandir la science dans ce sens, les matériaux que j'ai pu recueillir et *choisir*.

§ 1er. — *Centres nerveux, membranes et nerfs.*

On a observé dans le cerveau des tubercules comme les tubercules profonds du tissu cellulaire (tumeurs gommeuses). Mais est-il possible de les distinguer anatomiquement de ceux qui ont reçu plus particulièrement ce nom en pathologie et qui se répètent si fatalement dans les poumons ? Pour ce qui est de la symptomatologie, même obscurité, car les lésions de la motilité, de la sensibilité, les atteintes portées aux facultés intellectuelles, toutes ces lésions de fonction peuvent être la con-

séquence d'une affection cérébrale étrangère à la vérole. Bien plus, d'autres effets de la diathèse syphilitique se produisent à la tête, et ils pourront être confondus avec la tumeur gommeuse du cerveau : ainsi les tumeurs syphilitiques de la dure-mère, celles des os du crâne. Et ici le traitement ne sera d'aucun secours au diagnostic, car la lésion crânienne, comme la lésion cérébrale, sera également modifiée par le même agent thérapeutique, l'iodure de potassium : en effet, sous l'influence de cet agent thérapeutique, les symptômes, les accidents produits par ces deux lésions peuvent disparaître. Cependant l'âge, les antécédents, les symptômes concomitants, *la manière dont l'affection débute*, éclaireront le praticien, le conduiront à des probabilités très-voisines de la certitude. Ainsi, chose singulière ! j'ai observé presque en même temps deux affections graves de la tête avec symptômes cérébraux. Par les considérations que je viens de faire connaître j'ai pu établir la *probabilité* de la nature syphilitique des deux affections et fortement présumer leur siége. Les deux sujets étaient jeunes, ils avaient à peine trente ans. Le premier était un client d'un médecin qui, retenu lui-même au lit, ne put répondre à l'appel des parents. Le jeune homme offrit les symptômes d'une attaque d'apoplexie. Un de mes collègues, M. A. Robert [1], remplaça le praticien malade, et agit dans la supposition d'une apoplexie ordinaire, ne connaissant pas les antécédents. Mais les premiers, les plus grands dangers conjurés, resta une altération des facultés intellectuelles, la mémoire surtout était souvent absente. Mon collègue ignorait que ce jeune homme avait eu un chancre induré, des syphilides, et le malade, qui a toujours caché ces antécédents à sa famille et à ses amis, ne se hâtait pas de lui en faire la confidence. Enfin une consultation eut lieu ; j'en fis partie comme ayant traité le jeune homme de la vérole. L'iodure de potassium fut prescrit, mais à haute dose ; on alla jusqu'à 5 grammes par jour. Les facultés intellectuelles se rétablirent avec une grande rapidité et le malade ne ressentit plus rien de son attaque. Il est aujourd'hui en pleine santé et jouit de toutes ses facultés. Ainsi, considérant l'âge du malade, les antécédents syphilitiques, la forme apoplectique, les effets rapides de l'iodure de potassium, je crois qu'il n'y a pas eu ici apoplexie ordinaire, mais une affection syphilitique de la tête. Maintenant, si j'osais préciser davantage, je dirais que la lésion n'était pas osseuse, qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur du crâne, mais plutôt d'une affection du cerveau même, d'un commencement de dépôt plastique, car les effets de l'exostose ne sont pas si promptement détruits et le début des accidents n'est pas le même.

[1] Les convenances m'obligent, à cause de la position du malade, de taire le nom du médecin de la famille, qui d'ailleurs se reconnaîtra bien ici.

J'avoue cependant que je suis ici dans l'hypothèse, et l'on voit que le chirurgien habile qui a donné les premiers soins au malade n'a rien trouvé de particulier dans les premiers symptômes cérébraux, rien qui pût lui indiquer la spécificité de l'affection. Il a fallu pour cela la connaissance des antécédents et les effets de l'iodure pour l'éclairer.

Le second malade habitait la banlieue. Il eut une hémiplégie qui s'établit lentement. Ses antécédents étaient encore un chancre, des syphilides, de plus un sarcocèle vénérien. J'avais traité ces différentes affections. Connaissant donc les antécédents du malade et le sachant bien jeune encore pour être un apoplectique ordinaire, j'admis la *très-grande probabilité* d'une affection syphilitique de la tête. Je voulus de plus présumer le siége de la lésion. La lenteur de l'établissement de la paralysie, la circonstance d'une exostose de la mâchoire inférieure, me firent avancer qu'il y avait exostose crânienne. Je crus être confirmé dans ce diagnostic par le temps que mit le malade à se rétablir (un an), le même temps qu'il fallut à l'exostose du maxillaire inférieur pour disparaître.

Je le répète, je suis ici dans les probabilités, mais dans des probabilités ayant une valeur que l'étude la plus attentive des faits ne donne pas toujours en médecine. Quoi qu'il en soit de la portée scientifique de ces deux faits, de leur interprétation théorique, ils restent comme deux cas de guérison que le praticien devra noter.

L'observation suivante, qui a été recueillie à la clinique de M. Nélaton et que je dois à l'obligeance de ce professeur, confirme le premier fait de ma pratique que je viens de citer [1]. Ce professeur a inscrit le diagnostic suivant :

Gomme du cerveau. — Double blennorrhagie. — Chancre. — Céphalée. — Arthrite blennorrhagique. — Ecthyma. — Hémiplégie. — Iritis [2]. — Le nommé Camille Rousset, âgé de vingt-cinq ans, commis aux écritures, est entré le 6 décembre 1854, sorti le 21 janvier 1855.

C'est un homme d'une constitution débile, d'un tempérament lymphatique. Point d'antécédents à noter du côté de sa famille, sinon un aïeul parternel mort, subitement, d'une première attaque d'apoplexie. Dans son enfance (vers trois ou quatre ans) le malade fut atteint de convulsions générales à la suite desquelles il demeura trois ans « tout contrefait. » Il est aujourd'hui régulièrement conformé.

[1] Des notes prises par M. Cadet-Gassicourt, alors interne du service, ont été fort utiles pour la rédaction de cette observation ; d'autant plus utiles que sur plusieurs points le malade répond aux questions d'une manière peu précise.

[2] J'ai dû conserver tous les détails de cette observation, qui doit, selon moi, tenir une place importante dans la science.

A quinze ans, se livrant à l'exercice du patin, il tomba sur la partie gauche du front, eut un évanouissement de 15 à 20 minutes, sans autres accidents.

A dix-huit ans, quatre ou cinq jours après des rapports suspects, première blennorrhagie urétrale, douloureuse, avec écoulement abondant jaune verdâtre. Point de fièvre; ni bubon, ni orchite, mais le malade, qui porte un phimosis congénital, ne peut dire s'il a eu des chancres; on n'a trouvé de cicatrices ni au prépuce ni au gland, qu'on découvre d'ailleurs aisément. — Tisane de graine de lin et de racine de framboisier; injections d'eau blanche longtemps continuées, mercure en pilules pendant quinze jours environ. — La chaude-pisse dure trois mois et disparaît insensiblement pour reparaître, à plusieurs reprises, sous l'influence des moindres provocations.

Vers la fin de 1850, une céphalée intense, d'abord générale, puis limitée au côté gauche et surtout en avant, avec exacerbations nocturnes, profonde, accompagnée d'un peu de fièvre, tient le malade au lit pendant huit à dix jours, privé d'appétit et de sommeil. — Eau fraîche en lotions, pédiluves, vésicatoires à la nuque. — Cette céphalalgie se juge alors par une otorrhée gauche, indolente, purulente, qui persiste quinze jours et cède sans traitement. Le malade entend depuis cette époque moins bien de ce côté.

Depuis la même époque, il est sujet de loin en loin, à des étourdissements : il ne sait plus, dit-il, où il est; sa vue s'obscurcit; les oreilles lui bourdonnent; les objets extérieurs tournent autour de lui; il chancelle, il tomberait, dit-il, s'il ne se hâtait de saisir quelque appui. Cela dure cinq ou six secondes et n'a pas d'autres suites.

En mars 1852, douleurs rachidiennes dorso-lombaires, apyrétiques, profondes, continues, exaspérées par les mouvements et la chaleur, aussi intenses le jour que la nuit; anorexie, insomnie, — repos forcé, frictions avec le baume tranquille, fumigations aromatiques, — guérison après dix à douze jours de maladie.

En novembre ou décembre de la même année, seconde chaude-pisse, cinq ou six jours d'incubation, peu de douleur, peu d'écoulement. A une date mal précisée, l'écoulement se complique d'une adénite inguinale gauche; elle est indolente, sans rougeur de la peau, n'éveille aucune réaction fébrile et se termine après une durée de six semaines par résolution complète. Y avait-il en même temps ulcération de la muqueuse? C'est ce qu'on ne peut savoir positivement : le malade se souvient d'une douleur, d'une cuisson éprouvée près du frein, et il croit qu'il peut bien avoir eu là « quelque écorchure », mais il n'y regarda point. Quant à lui faire expliquer avec exactitude si cette cuisson se

montrait en dehors ou en dedans du canal, si le passage de l'urine l'exaspérait et comment, etc., etc., on n'y parvient pas : il ne paraît pas avoir été affecté de balanite ni de posthite, à un degré notable du moins. Quoi qu'il en soit, l'écoulement fut très-rebelle ; il résista sept mois aux médications les plus diverses (injections d'eau blanche, de nitrate argentique, etc., purgatifs drastiques, coloquinte, etc., etc.) ; il disparut enfin sans retour.

A peine était-il disparu que, brusquement, le genou gauche se tuméfia, devint douloureux, roide, incapable de remplir ses fonctions : coloration normale de la peau. Fièvre modérée. Rien aux autres jointures. Huit jours de repos au lit et 15 à 20 sangsues triomphent du mal.

Durant l'été de 1852, les deux jambes sont le siége d'éruptions successives de pustules d'ecthyma. Ces pustules, peu nombreuses à la fois, se développent sans fièvre, ont la largeur de pièces de 20 et de 50 centimes, se couvrent de croûtes brunâtres, épaisses, dont la chute met à nu des ulcérations indolentes, arrondies, profondes, indurées à la base, violacées aux bords qui sont taillés à pic : les ulcérations suppurent lentement pendant cinq mois. — Point de traitement. — On remarque aujourd'hui, à la face antérieure des jambes, 8 ou 10 cicatrices circulaires, blanchâtres, froncées, à centre déprimé, à circonférence couleur de jambon.

Notre malade, à part une céphalalgie habituelle, médiocre, à gauche principalement, jouissait d'une santé parfaite, lorsqu'il fut, le 9 août 1854, frappé d'hémiplégie, dans les circonstances suivantes :

Après une nuit d'insomnie, provoquée par une migraine plus violente que d'habitude, Rousset se rendit à son bureau la tête lourde, la vue trouble, d'un pas mal assuré. Ces prodromes allèrent croissant jusqu'à 8 heures du soir, heure à laquelle, rentrant chez lui, il tomba brusquement, sans convulsions, sans perte de connaissance, sans douleur particulière, privé de la parole et de l'usage des membres du côté gauche avec conservation de la sensibilité. Reporté à son domicile, il y est saigné et purgé. Admis bientôt à l'hospice de Tours, dans le service du docteur Charcelay, il y est de nouveau purgé (aloès) et frictionné avec des préparations camphrées.

La parole revint rapidement ; les mouvements des membres commencèrent plus tard à se rétablir et se rétablissaient lentement. En novembre, le malade mangeait et marchait seul depuis quelque temps, mais il précise fort mal les dates et d'ailleurs il assure que sa mémoire s'est affaiblie depuis son attaque.

Dans les premiers jours de novembre, nouvelle manifestation diathé-

sique. Cette fois, c'est l'iris, le gauche, qui se prend. Rougeur conjonctivale, épiphora, photophobie, trouble de la vision, douleur périorbitaire intense surtout la nuit. L'inflammation, à marche chronique dès le début, résiste à divers collyres. Le malade s'inquiétait surtout du trouble apporté aux fonctions de l'œil. Il vint à Paris.

Il entra à la clinique le 6 décembre.

Prescription : 1 pilule de proto-iodure de mercure, 1 gramme d'iodure potassique, instillations belladonées matin et soir, 3 portions.

13 décembre. — Le malade est l'objet d'une partie de la leçon clinique de ce jour. A cette date, l'œil présentait l'état suivant : autour de la cornée se voient deux cercles vasculaires, constitués par des capillaires injectés, l'un conjonctival, superficiel, mobile, consistant en arborisations irrégulières, l'autre sclérotical, profond, fixe, à forme radiée, à stries fines et rectilignes. Cornée très-légèrement nébuleuse. Iris d'un brun sale, beaucoup plus foncé que son congénère, qui est brun également et n'a jamais été malade. Pupille déviée en dehors et en bas, par suite sans doute de la présence en ce point d'une tumeur du bord pupillaire de l'iris; tumeur jaune, rougeâtre, peu mobile, comme la pupille elle-même, mal circonscrite. Vision légèrement confuse en dehors. Du reste, la photophobie, les douleurs ont disparu, et l'ensemble des phénomènes anatomiques offre un amendement notable. — A cette même date, 13 décembre, la paralysie était également en voie de guérison régulière et continue : restait cependant une faiblesse prononcée du côté gauche, la main de ce côté marquait au dynamomètre 14 seulement, la droite marquant 30. Le malade ne marchait point sans traîner la jambe gauche. La station sur cette jambe s'accompagnait presque aussitôt de lassitude. — En ce qui concerne la tumeur irienne, M. le professeur Nélaton la considère comme une de ces productions bien décrites par Beer, sous le nom de condylomes de l'iris. Sa présence au bord pupillaire, sa coloration vaguement cuivrée, son mode de développement, lent, en dehors de symptômes phlegmatiques notables, le sens de la déviation qu'elle imprime à la pupille, toutes ces circonstances justifient le diagnostic, quant à sa nature condylomateuse et spécifique. Elles s'ajoutent à la coloration de l'iris, à l'exaspération nocturne des douleurs périorbitaires, à la marche peu aiguë tout d'abord de l'iritis, enfin aux nombreux antécédents que nous avons relatés, pour établir la spécificité de l'inflammation irienne elle-même. Ces exsudations condylomateuses, sans être spéciales à l'iritis vénérienne, y sont plus fréquentes qu'ailleurs. En ce qui concerne l'hémiplégie du 9 août, le professeur Nélaton la croit volontiers imputable à une lésion, à une gomme, à une

lésion spécifique également du cerveau, du cerveau et non point de ses enveloppes fibreuse ou osseuse : nulle part la périoste ni les os ne sont atteints : il faudrait admettre une exostose ou périostose interne du crâne... Ce n'est pas l'habitude des manifestations de la diathèse syphilitique, de s'adresser ainsi tout d'abord à la table profonde des os du crâne (c'est toujours M. Nélaton qui parle). Ajoutez à cela la manière assez rapide dont les accidents se sont amendés, rapidité peu conciliable avec l'hypothèse d'une altération des enveloppes fibreuse ou osseuse, etc. Les considérations présentées à cet égard par M. le professeur Nélaton ont été publiées dans la *Gazette des hôpitaux* du 16 décembre 1854. Il cite, en finissant, plusieurs cas de gommes du cerveau, empruntés à MM. Ricord, Vidal de Cassis, Leudet, etc.

Le 26 décembre, on supprime le mercure, on double la dose d'iodure potassique. 4 portions.

Du 26 décembre au 21 janvier, l'iritis et la paralysie ont continué de s'amender.

Au 21 janvier, l'œil est dans l'état suivant : point d'injection conjonctivale ; la sclérotite se réduit à quelques stries faiblement violacées, peu distinctes. La cornée est claire, l'iris, un peu plus contractile qu'il y a un mois, conserve sa teinte brun sale, sa déformation ; le condylome persiste et avec lui un léger trouble de la vision, on ne voit point de synéchie, tous les symptômes physiologiques autres que le trouble de la vision ont disparu complétement. A cette date, le malade, après avoir successivement marqué de la main gauche, au dynamomètre, 16, 18, 21, 25, 27, en est venu à se servir parfaitement de ses membres : il ne traîne plus la jambe et se tient debout sur un pied aussi longtemps à gauche qu'à droite.

Voici une observation qui pourrait être intitulée *Méningite syphilitique*. Elle est rédigée par mon interne M. Godard.

Le nommé Boucheron, âgé de trente ans, peintre ; tempérament sanguin, constitution bonne ; entré à l'hôpital du Midi, le 18 mai 1854, salle 12, lit n° 10. Rougeole à l'âge de cinq ans. Végétations en octobre 1853 détruites par la poudre de sabine dans le service de M. Vidal. Bonne santé générale jusqu'au mois d'avril 1854.

15 avril. — Quatre à cinq jours après avoir vu une femme, Boucheron aperçoit un chancre placé sur le bord libre du prépuce. Ganglions indolents aux aines, lotions pour tout traitement.

23 avril. — Huit jours après le début du chancre, douleurs de tête assez intenses, pour ne permettre au malade de reposer que s'il a beaucoup fatigué dans la journée. Quelques jours plus tard, les dou-

leurs de tête augmentent, elles sont en partie localisées au front. L'impression de la lumière devient pénible, le moindre bruit fait souffrir le malade, qui cesse ses occupations et ne peut plus dormir ni la nuit ni le jour. A son entrée à l'hôpital, chancre induré sur le limbe du prépuce.

18 mai. — Phimosis accidentel, ganglions inguinaux indolents, ganglions cervicaux postérieurs développés, fièvre assez intense, douleurs vives à la tête.

19 mai. — Même état. Bain.

20. — Traitement, 2 pilules de proto-iodure de mercure; le soir les douleurs ont augmenté.

21. — Toute la nuit le malade a été agité, il a eu du délire, pas de sommeil.

22. — 3 pilules de proto-iodure; les douleurs persistent, — 15 sangsues derrière les oreilles, 80 pulsations. Parole lente, sensibilité de l'ouïe et de la vue.

23. — Pendant la nuit le malade s'est levé et a été fort agité, — 80 pulsations, douleurs des plus atroces. Boucheron parle lentement, — exaltation considérable de la vue et de l'ouïe. On considère le malade comme atteint de méningite de la base, à cause de l'absence de sommeil, des vives douleurs de tête, de la sensibilité exagérée de l'ouïe et de la vue, et de la lenteur de son pouls. 20 sangsues derrière les oreilles; un purgatif; sinapismes aux jambes et aux cuisses.

24. — Mieux notable. Le malade assure moins souffrir de la tête.

25. — Les douleurs de tête ont diminué.

27. — Boucheron ne souffre plus de la tête; la voix reste lente.

31. — Le malade sort malgré la volonté de M. Vidal. Le chancre du prépuce, manifestement induré, n'est pas guéri.

En résumé, voilà une douleur de tête qui a commencé huit jours après l'apparition du chancre; quelques jours plus tard elle est devenue assez intense pour empêcher tout sommeil; après, le malade n'a pu garder de repos pendant près d'un mois; la douleur de tête durait depuis vingt-cinq jours quand le malade est entré à l'hôpital. Enfin les accidents ont persisté pendant les premiers jours du traitement mercuriel seul; ils n'ont commencé à disparaître qu'après un traitement antiphlogistique combiné avec l'administration de l'iodure de mercure.

M. Faurès a publié dans la *Gazette médicale* de Toulouse des observations pour prouver l'existence de l'affection syphilitique des viscères et du cerveau en particulier. Dans ce travail se trouve un fait remarquable de végétation de la pie-mère.

Il s'agit d'une fille de vingt ans qui eut des chancres et des végétations à la vulve. Son traitement par la liqueur de Van Swieten fut irrégulier, interrompu plusieurs fois. Répétition des végétations à la vulve. Il en pousse à l'anus et il survient une syphilide squammeuse. On soumit cette malade à un nouveau traitement. Bains de sublimé; iodure de potassium. Ce traitement durait depuis six mois, lorsque la malade fut subitement prise d'un mal de tête violent, avec paralysie soudaine de tout le côté gauche. Quelques jours auparavant elle s'était plainte de céphalalgie, vertiges, bourdonnements d'oreille, rêvasseries. Saignée, révulsifs aux jambes.

Le lendemain le mal de tête avait diminué, la parole et la déglutition étaient plus libres. Mais cette amélioration aidée par une application de sangsues et plusieurs doses d'émétique se démentit brusquement au bout de deux jours. La malade ayant voulu se lever fut saisie de douleurs plus violentes; sa face devint vultueuse; elle perdit connaissance; la paralysie, qui la première fois avait laissé un peu de sensibilité, l'abolit complétement; il y eut incontinence urinaire et fécale. La mort eut lieu, six jours en tout, à partir de celui où les symptômes cérébraux avaient éclaté.

Autopsie. La membrane qui tapisse le quatrième ventricule présentait, surtout à droite, un groupe de granulations variant du volume d'une tête d'épingle assez forte à celui d'un grain de millet. Le groupe avait le volume et la force d'une grosse framboise. Rouges, séparées par des fentes où rampaient de nombreux vaisseaux capillaires allant se terminer dans leur tissu, elles ressemblaient exactement aux végétations qui existaient encore aux parties génitales. Leur tissu avait la plus grande analogie avec le tissu érectile. L'encéphale n'offrit aucune autre altération.

M. Reeve, dans un travail qu'il a intitulé *Méningite syphilitique,* cite le fait suivant :

« M. F.... fut accompagné chez moi, dit l'auteur, en juillet 1847, par un chirurgien de Belfast, qui s'était alarmé des progrès rapides que la paralysie ainsi que d'autres désordres cérébraux faisaient chez ce malade. Il ne pouvait se soutenir sur ses pieds pendant qu'on lui ôtait ses pantalons, l'articulation des mots était très-imparfaite, l'arrangement des idées tout à fait défectueux, ainsi que la mémoire, la vision des deux côtés considérablement altérée.

« Ce malade avait été traité, il y a quelques années, pour une syphilis secondaire, consistant en ulcères rebelles des membres et de la face. Peu après se déclara une amaurose, puis des symptômes de paralysie,

lesquels allèrent en augmentant rapidement jusqu'à produire cet état de paralysie générale qu'il offrait lorsque je le vis.

« L'examen du sujet et l'histoire de ses antécédents me portèrent à penser que ces symptômes pouvaient dépendre de la compression du cerveau par le développement de tumeurs syphilitiques de la dure-mère; mais pour mieux m'en convaincre je crus opportun d'employer le mercure d'une manière promptement agissante. En conséquence j'ordonnai de raser la totalité du cuir chevelu, de le couvrir d'un vésicatoire, et d'y étendre deux fois par jour une drachme de fort onguent mercuriel. J'étais cependant effrayé par une apparence de coma et, comme conséquence, par l'éventualité d'un résultat fatal. Huit jours après je rencontrai le chirurgien; il m'apprit que notre malade avait rapidement guéri et était maintenant en état de monter et de descendre les marches d'un escalier très-roide. A ma grande surprise, je rencontrai un jour dans la rue un homme en bonne santé, y voyant bien, et qui eut besoin de se faire reconnaître pour que je pusse me rappeler, en le voyant, le client qui m'avait consulté trois semaines auparavant. Il avait complétement recouvré le mouvement, la vue, la prononciation et jouissait de toutes ses facultés. »

Selon l'auteur, la mort aurait sûrement eu lieu dans un terme peu éloigné sans l'administration du mercure. Il place en ce remède une telle confiance qu'il le donne toujours avec plein espoir en pareille occurrence malgré l'état d'épuisement le plus prononcé.

C'est là un cas remarquable de guérison par le mercure. Le rédacteur de la *Gazette médicale,* à laquelle j'ai fait cet emprunt, dit que les préparations d'iode auraient une action encore plus prompte dans des cas de cette espèce. Quant à moi je ne vois pas ce qu'on peut désirer de plus comme promptitude.

Le 3 mars 1855, M. Costillhes a lu à la Société de médecine de Paris une observation qu'il a intitulée *Hémichorée syphilitique.* C'est une femme de Saint-Lazare, âgée de vingt et un ans, qui a eu en 1851 un écoulement verdâtre et en mars 1852 des chancres aux parties génitales. Six semaines après, plaques muqueuses aux mêmes organes et sur les amygdales. Elle fut traitée par le proto-iodure de mercure et les plaques furent cautérisées et soumises à des soins de propreté.

Cette malade était sur le point de sortir guérie de ces accidents, quand vers la fin de juin elle est prise de malaise, de mouvement fébrile intense, de céphalalgie vive surtout frontale et oculaire. Ces symptômes généraux sont bientôt suivis d'une éruption véscico-pustuleuse de forme herpétique avec une coloration cuivrée caractéristique, ayant pour siége la région lombaire, les fesses et les parties externes

des cuisses. Plus tard il lui survint dans le cuir chevelu une syphilide pustulo-crustacée de même nature, pendant que les ganglions cervicaux latéraux et postérieurs se tuméfiaient.

Dans cette occurrence je remplace les pilules de proto-iodure, qui n'ont pu empêcher cette nouvelle manifestation syphilitique, par la liqueur de Van Swieten (une cuillerée à dessert le matin, puis bientôt soir et matin) et par une solution d'iodure de potassium (eau distillée, 150 grammes, iodure de potassium, 6 grammes) à la dose d'une cuillerée à soupe chaque jour. Je fais en outre appliquer sur l'éruption une pommade au calomel (1 gramme pour 30 grammes d'axonge). Cette pommade aide puissamment à la guérison des syphilitiques, comme du reste la plupart des préparations mercurielles. Bain de vapeur quotidien par l'enveloppement au moyen du drap mouillé pour remplacer les bains de vapeur que Saint-Lazare ne possède pas encore.

« Sous l'influence de ce traitement, la syphilide pustuleuse ne tarde pas à se modifier, les pustules pâlissent, s'affaissent; cependant de nombreuses pustules se montrent encore, mais elles avortent rapidement.

« Dans la soirée du 25 août, Picard se plaint d'une céphalalgie intense, d'une *douleur occipitale* très-vive, éprouve des vomissements, de l'insomnie, de l'étourdissement; la face est vultueuse, les yeux injectés et saillants; parole brève et saccadée.

« Je combats ces symptômes cérébraux par une application à l'anus de 25 sangsues qui procurent un soulagement presque immédiat (la malade ne voit pas ses règles depuis 4 mois).

« Le 29 août, dans la matinée, Picard, qui n'a eu ni agitation nocturne, si ce n'est quelques rêvasseries, ni le besoin de se mouvoir, ressent dans le bras gauche d'abord des mouvements involontaires, des contractions spasmodiques saccadées, puis dans la jambe du même côté. Elle éprouve en même temps un affaiblissement notable dans toutes ces parties avec douleur assez intense depuis le coude jusqu'au bout des doigts, même douleur dans les muscles antérieurs de la jambe avec sentiment de faiblesse dans le genou au point que, dans la progression, la jambe fléchit sous le poids de son corps pendant que le pied exécute un mouvement de rotation en dedans; il lui est impossible de manger avec la main gauche; la cuiller, lorsqu'elle l'approche de sa bouche, est aussitôt jetée loin du corps. Je remarque que la langue est déviée à droite et que l'œil droit est plus saillant que le gauche; que les muscles de la face sont pris aussi de mouvements convulsifs. La sensibilité cutanée est normale; il n'existe aucun ganglion cervical.

« Le côté droit ne présente rien d'anormal. Dès que ces accidents nerveux, que l'on peut regarder à bon droit comme syphilitiques et

arrivés à la période tertiaire, ont apparu, la céphalalgie occipitale a bientôt cédé, grâce à la solution iodurée potassique (eau distillée, 500 grammes, iodure de potassium, 20 grammes, à la dose de trois cuillerées à soupe par jour).

« A partir du 3 septembre jusqu'au 10, les phénomènes choréiques ont diminué notablement. La malade est tombée plusieurs fois pendant la nuit du haut de son lit. 12 septembre, il ne reste plus qu'un léger tremblement dans les membres supérieurs gauches ; absence complète de mouvements involontaires. 15 septembre, je remarque un léger mouvement involontaire dans la paupière inférieure gauche, dont elle n'a pas connaissance. Tous les autres phénomènes précités ont disparu. 20 septembre, guérison complète ; continuation de la solution d'iodure de potassium.

« Maintenant il me reste encore à dire un mot sur l'affection du col de l'utérus : le 25 septembre, après avoir cautérisé depuis plusieurs mois l'intérieur du col et de ses lèvres, soit avec l'azotate d'argent, soit avec la solution d'iode iodurée, après avoir prescrit les pilules de Vallet, la tisane de feuille de noyer, les bains, etc., le col reste toujours rouge.

« Je fais alors tous les jours une injection à l'eau froide, alternativement avec une solution concentrée d'alun. Sous l'influence de ce dernier traitement la cicatrisation est complète le 1er décembre, jour de la sortie de Saint-Lazare. »

Je ne connais pas d'observation bien authentique d'affection syphilitique des cordons nerveux ; mais on va voir ici une paralysie du côté gauche de la face, et une paralysie de la face et du goût qui semblent tenir indirectement à la syphilis, car on peut attribuer ces lésions de fonction à la compression des nerfs par des ganglions engorgés, comme on en observe si souvent pendant l'existence de la diathèse.

R... Aug. entre dans le service de M. Ricord le 1er octobre 1850, salle 1, lit 2. Il a vingt-sept ans. Dernier coït il y a trois mois environ. Chancre sur la face interne du prépuce, tuméfaction des glandes inguinales. Il y a un mois, rougeur sur le tronc et les membres, dont il reste encore des traces ; alopécie et croûtes du cuir chevelu ; glandes cervicales postérieures volumineuses survenues il y a dix jours ; ganglion de l'antitragus développé ainsi que les cervicaux latéraux ; légère cuisson à l'anus, il y a huit jours, sans aucune cause appréciable, roideur et difficulté des mouvements dans la joue et la bouche du côté gauche ; impossibilité de souffler, siffler et sputer. Depuis quatre jours, l'œil ne peut se fermer complétement, aujourd'hui il ne se ferme qu'à moitié ; la bouche est un peu tirée du côté droit, la joue bat contre les al-

véoles pendant qu'il souffle; lorsqu'il mange, les aliments séjournent dans le sillon inférieur buccal; aucune déviation de la luette; mouvements du palais libres, aucune douleur dans la région parotidienne, déglutition facile.

M. V..., atteint d'un chancre lingual induré, avait quitté le service le 20 février 1852, sous le prétexte d'affaires pressées. Il avait une roséole assez intense, des ganglions sous-maxillaires et cervicaux très-développés; néanmoins il suspend son traitement jusqu'au 15 avril suivant; le 23, sans cause appréciable, le malade s'aperçoit que son œil gauche est larmoyant, et que les paupières de ce côté ne se ferment pas exactement. Le lendemain, il ne peut cracher comme à l'ordinaire, la commissure labiale gauche ainsi que la joue restent flasques, cette dernière flotte et ballotte contre les arcades dentaires; la salive tend à s'échapper par la commissure labiale et les aliments séjournent dans la gouttière inférieure de la joue; la sensibilité de la peau est intacte ainsi que la vue et l'ouïe, mais le goût est anéanti sur la moitié gauche de la langue et le reste de la muqueuse buccale. Le malade a constaté qu'il sentait le contact des objets dans ces parties; il a l'odorat très-obtus, habituellement il ne peut pas constater s'il perçoit les odeurs. Deux pilules de proto-iodure de mercure sont prises quotidiennement.

Au huitième jour la paralysie avait disparu complétement [1].

§ 2. — *Foie.* — *Ictère.*

Dans ces derniers temps, l'attention des syphiliographes a été fixée sur les lésions du foie. Les observations ayant été surtout faites sur des enfants, j'exposerai cette partie de l'histoire de la syphilis quand il s'agira des *maladies vénériennes des nouveaux nés.*

Pour ce qui concerne l'adulte, on trouve dans l'*Iconographie* de M. Ricord l'histoire abrégée d'un sujet mort par lésions profondes du larynx, et qui a offert à l'autopsie un foie d'un volume moyen, d'une consistance, d'une coloration ordinaires; à la partie convexe était une tumeur assez régulièrement arrondie et de la grosseur d'une noix un peu saillante, mais presque entièrement plongée dans la substance de l'organe. Cette tumeur, divisée en deux parties, paraissait entourée d'une espèce de kyste; elle était formée, du reste, par un tissu dur et dense, assez homogène, criant un peu sous le bistouri et n'offrant aucune trace de vaisseaux. Elle paraissait présenter beaucoup d'analogie avec certains tubercules du tissu cellulaire qu'on rencontre très-fréquemment dans la syphilis tertiaire.

[1] Thèse de M. Salneuve.

Quant à la symptomatologie, il est dit dans l'observation : « Depuis quelques mois, le malade avait souffert des coliques, qui, par les descriptions qu'il en donnait, semblaient devoir se rapporter aux coliques dites *hépatiques* et *symptomatiques* des calculs biliaires. Du reste, il avait eu à plusieurs reprises des ictères dont le malade portait encore des traces lors de son entrée à la maison de santé. »

On voit que la symptomatologie n'est pas spéciale, qu'elle peut se rapporter à plusieurs affections du foie. Bien plus, en examinant la planche coloriée qui représente la tumeur dont il a été question, il serait possible, de reconnaître là une forme de cirrhose que Laënnec a appelée *cirrhose en masses*. Ainsi, la syphilis du foie chez l'adulte est loin d'être faite ; elle n'est même pas commencée.

Dans ces derniers temps, M. Gubler a étudié les rapports de l'ictère avec la vérole. Il s'est même efforcé d'établir une ictère syphilitique qu'on observerait avec les syphilides précoces. Il est certain qu'une cause qui agit sur tout l'organisme comme le virus syphilitique doit atteindre le foie ; elle peut donc troubler les fonctions de cet organe, comme elle porte atteinte a la digestion, à l'innervation, etc. M. Gubler cite un certain nombre de faits, observés par lui ou par d'autres médecins ; il invoque ensuite l'analogie, et ne dédaigne pas l'hypothèse pour soutenir sa thèse. Tout ce que je puis dire ici, c'est qu'il m'est arrivé, comme à tous ceux qui ont beaucoup vu de vénériens, d'observer chez eux l'ictère et cela non-seulement à une période, mais à toutes les périodes de la syphilis. Mais il m'est arrivé tout aussi souvent d'observer la fièvre typhoïde, la bronchite et d'autres maladies avec des symptômes syphilitiques. Les mêmes observations ont certainement été faites par M. Gubler. Ainsi donc, si un jour ce médecin veut employer, pour établir une fièvre typhoïde et une bronchite syphilitiques, le même temps, la même bonne volonté qu'il a mis pour faire une ictère syphilitique, je ne doute nullement de son succès.

§ 3. — *Cœur.*

Les affections syphilitiques du cœur sont à peu près inconnues. On trouve cependant dans l'*Iconographie* de M. Ricord la représentation d'une lésion qui a été considérée par cet expérimentateur comme se rapportant aux tumeurs gommeuses. Il s'agit dans l'observation d'un malade qui avait eu plusieurs fois des chancres à la verge, où poussèrent aussi des végétations ; puis vinrent des papules muqueuses à l'anus. Enfin, sur divers points de la peau, on observa des groupes de tubercules qui s'ulcérèrent. Il était traité par le proto-iodure de mercure,

et l'iodure de potassium, depuis onze jours, quand, à sept heures du matin, en allant à la selle, il fut pris d'un étourdissement subit : il rentra dans la salle, se jeta sur son lit et expira en moins de cinq minutes. Jusque-là, en dehors des accidents « que nous venons d'énumérer, aucun autre symptôme ni aucune plainte du malade n'avaient fait soupçonner des lésions plus profondes.

« Avant de mourir, la face du malade était devenue violacée, puis très-pâle; il n'eut que le temps de prononcer ces mots : *Je me sens très-mal.*

« On procéda à l'autopsie vingt-quatre heures après la mort, et voici ce que l'on constata : Le cœur et les poumons exceptés, tous les viscères étaient sains, mais ils présentaient une congestion sanguine très-prononcée. Le cœur était hypertrophié; ses cavités étaient remplies de sang pris en caillots peu consistants. L'endocarde du ventricule droit avait plus de 1 millimètre d'épaisseur; il était de couleur blanc mat et de consistance fibreuse. Quant à l'endocarde du ventricule gauche, il ne présentait rien d'anormal; mais, à la pointe du cœur et sur sa paroi interne, on voyait une couche de sang friable, adhérente, et au-dessous de laquelle se trouvait une espèce de foyer apoplectique qui avait pour siége toute l'épaisseur de la paroi ventriculaire. Le sang était là intimement combiné avec la substance musculaire qui avait perdu sa consistance normale, ce qui permet de présumer que l'affection n'était pas un accident; le péricarde au niveau de ce foyer était boursouflé et épaissi.

« Le cœur, à son sommet, était extérieurement recouvert par une fausse membrane épaisse de 3 millimètres. Les parois ventriculaires présentaient dans plusieurs points une altération tuberculiforme constituée par une matière jaunâtre dure, criant sous la pointe du bistouri, sans vascularité, de consistance squirrhoïde en quelques points, et, dans d'autres, analogue pour l'aspect à la matière tuberculeuse en voie de ramollissement. En un mot, on retrouva là les caractères des nodus ou tubercules syphilitiques, accidents tertiaires qu'on observe souvent dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux.

« Autour de toutes ces productions morbides, on n'observait pas de refoulement des fibres musculaires, car c'était la fibre musculaire elle-même dont la substance était dégénérée. On pouvait suivre d'ailleurs l'évolution de cette transformation qui semblait avoir commencé par une combinaison du sang avec la fibre charnue. Et, en effet, la lésion existait encore à cet état dans plusieurs points. Dans d'autres elle présentait une couleur jaunâtre et avait acquis un développement plus considérable au centre. Mais à la circonférence on constatait encore la

combinaison du sang avec la fibre charnue qui avait été le début de la maladie. Les poumons, parfaitement sains à leur sommet, présentaient à leur base plusieurs altérations tuberculiformes, grosses comme un pois et tout à fait analogues aux altérations signalées pour le cœur [1] ? »

Mon ancien ami le professeur Forget est disposé à mettre sur le compte de l'imagination les végétations syphilitiques du cœur, et la plupart des lésions syphilitiques qu'on prétend aussi avoir trouvées dans cet organe [2].

§ 4. — *Poumons.*

Ce sont surtout les poumons et les bronches qui ont été considérés de tout temps comme pouvant être le siége de lésions syphilitiques. M. G.-S. Lagneau, fils du vénérable auteur du *Traité des maladies syphilitiques*, vient de rassembler les matériaux qu'on trouve dans la science relativement à ces lésions, et dans un travail consciencieux il a cherché à établir que la syphilis agissait sur les poumons et les bronches :

1° En produisant des altérations essentiellement syphilitiques, c'est-à-dire reconnaissant la vérole comme cause productive. Ces altérations peuvent se diviser en deux classes : *a.* Les maladies ordinairement légères, comprenant l'inflammation aiguë des bronches et du parenchyme, l'inflammation intermittente des bronches ou asthme, l'inflammation chronique des bronches ; *b.* Les maladies graves, désignées par la plupart des auteurs sous le nom de *phthisie*, comprenant l'inflammation chronique ulcéreuse des bronches, l'inflammation chronique du parenchyme et des ganglions lymphatiques, l'inflammation de la plèvre, la tuberculisation syphilitique ou production des tumeurs gommeuses ;

2° En portant son action sur les tubercules existant avant l'infection, mais reconnaissant cette action spécifique, soit comme cause excitatrice de ces tubercules dont elle provoque l'évolution, soit comme cause aggravante de ces tubercules dont elle accélère la marche.

Selon M. G.-S. Lagneau, toutes les lésions organiques existant chez les individus affectés de maladies pulmonaires syphilitiques peuvent se rapporter aux deux divisions principales qui viennent d'être indiquées. Parmi les états anatomo-pathologiques appartenant à la première, c'est-à-dire aux lésions essentiellement syphilitiques, l'auteur signale les suivants :

[1] Voyez dans l'*Iconographie* l'observation recueillie par M. Gabalda.

[2] *Précis analytique des maladies du cœur*, p. 261.

Phlegmasie chronique ulcéreuse. — Elle consisterait dans de petites ulcérations isolées ou confluentes réunies entre elles, occupant tout ou partie de l'arbre respiratoire, devenant quelquefois très-nombreuses dans les petites divisions des bronches qui sont alors remplies d'une matière purulente.

État inflammatoire, ulcération des glandes lymphatiques et du parenchyme du poumon. — La phlegmasie du tissu pulmonaire offrirait de nombreux degrés, depuis le simple engorgement jusqu'à la carnification et la formation de foyers purulents. Ces foyers se forment surtout, ainsi que les ulcères, dans le lobe moyen du poumon ; la cavité contenant le pus n'est entourée d'aucune membrane, d'aucune induration ; quelquefois le poumon paraît sain extérieurement, n'offre aucune exsudation. Chez le jeune enfant, on voit aussi des abcès, des indurations, de vastes suppurations ; chez le nouveau né on trouve des noyaux indurés, imperméables à l'air, friables, hépatisés, occupant aussi bien le sommet du poumon que les autres points de cet organe. Ces noyaux, inégaux en volume, ordinairement multiples, deviennent jaunes, compactes, une cavité se forme à leur centre ; elle présente des parois plus ou moins épaisses, infiltrées de pus ; un liquide jaunâtre, séro-purulent la remplit. Le microscope constate dans le liquide la présence du pus ; la surface des poumons présente des bosselures dues à ces petits foyers purulents, des adhérences existent entre les plèvres, quelquefois le parenchyme est compacte, jaunâtre et friable. D'autres fois le virus aurait porté son action spécialement sur les ganglions lymphatiques pulmonaires qui s'engorgent, s'indurent et suppurent.

On voit qu'il s'agit ici surtout de lésions observées dans ces derniers temps par M. Depaul, et que je ferai plus particulièrement connaître quand je traiterai des *maladies vénériennes des nouveaux nés.*

Phlegmasie de la plèvre avec épanchement. — La plèvre serait soulevée sur divers points sous forme d'ampoules de 2 à 6 centimètres de diamètre, par l'épanchement d'un fluide épais, jaunâtre, semblable à du miel ; il y aurait aussi quelquefois un épanchement plus considérable.

Les *tumeurs gommeuses* (tubercules syphilitiques profonds) occupent le parenchyme ; elles seraient quelquefois très-nombreuses ; elles arriveraient lentement à la fonte purulente. Pour établir cet état anatomo-pathologique, M. Lagneau emprunte à Astruc, à Schrœder, au docteur Mac Carthy. Il rapporte, entre autres, le passage suivant d'un article rédigé par M. Foucart, d'après une leçon de M. Ricord. « Selon ce médecin, un des endroits de l'économie où les tumeurs gommeuses se développent plus fréquemment que l'on ne pense et dont la connais-

sance est extrêmement importante, c'est le tissu pulmonaire. » Depuis plusieurs années, dit-il, nous avons eu un nombre d'autopsies assez considérable pour nous croire fondé à admettre qu'il y a des lésions pulmonaires qu'il faut de toute nécessité rattacher au tubercule syphilitique. Dans le parenchyme de cet organe le tubercule syphilitique suit la même marche que dans toute autre partie du corps; c'est la même forme, la même évolution, la même terminaison fatale par la fonte purulente. Les malades crachent du pus comme dans la période la plus avancée des tubercules pulmonaires; les sujets maigrissent, s'affaiblissent, et bientôt arrive la mort, suite des troubles survenus dans les fonctions respiratoires [1].

Ceci est extrait d'une leçon faite par M. Ricord en 1845. Dans son *Iconographie*, ce médecin a été plus précis en anatomie et moins explicite sur la nature de l'affection pulmonaire, car il parlait en présence du cadavre. Ainsi, en rendant compte de l'autopsie d'un vénérien, il est dit, dans ce livre : « On trouva des taches violâtres sous lesquelles étaient des noyaux indurés qui, au premier aspect, ressemblaient à ces petits noyaux de pneumonie qu'on rencontre chez ceux qui ont succombé à la résorption purulente. On ne trouve du pus dans aucun de ces noyaux qui, divisés, présentent un tissu rouge foncé, friable. Dans le poumon gauche on trouva cinq petits foyers ou cavernes demi-pleines et contenant une matière visqueuse blanchâtre et une matière pultacée grisâtre qui paraît provenir des parois des foyers qui sont molles, grisâtres. Le plus grand de ces foyers pourrait loger une petite noix. Ils sont situés près les uns des autres dans la partie inférieure et près du bord externe du poumon [2]. » L'observation est suivie des réflexions suivantes : « Ces altérations pulmonaires laissent de l'incertitude sur leur nature, et il serait difficile de dire si elles sont syphilitiques, si ces foyers contenaient des tubercules syphilitiques tertiaires qui ont été ramollis et expulsés, ou si elles sont le résultat d'une résorption purulente. » M. Ricord ici ne note aucun autre fait [3]; il n'est nullement question de ce *nombre d'autopsies assez considérable* pour rattacher de *toute nécessité* ces lésions pulmonaires au tubercule syphilitique.

Il est fâcheux que M. G. Lagneau n'ait pas eu sous les yeux la version de l'*Iconographie* qui modifie singulièrement la leçon publiée par

[1] Voyez *Gazette des hôpitaux*, t. VII, p. 610. Reproduction d'une leçon de M. Ricord sur les accidents tertiaires.

[2] *Iconographie*.

[3] Seulement, dans le rapport de l'autopsie que je viens de citer d'un sujet qui avait une lésion syphilitique du cœur, il est dit que les poumons offraient des lésions analogues.

la *Gazette des hôpitaux*. Il est évident qu'après ce contrôle, M. Lagneau aurait accepté plus difficilement ces lésions pulmonaires comme *essentiellement* syphilitiques. Plus tard je transcrirai deux observations qui auront beaucoup plus de valeur que ces assertions ou ces notes inachevées.

M. Lagneau traite avec le plus grand soin de la symptomatologie. Mais M. Cazenave, qui a analysé son travail, fait remarquer que, malgré le soin que l'auteur a apporté à tracer ce tableau des symptômes, il sera encore difficile, après l'avoir longtemps étudié, d'y trouver les traits qui appartiennent spécialement à la bronchite aiguë ou chronique, ulcéreuse ou non, à l'asthme, à la pleurésie, à la pneumonie chronique, à la tuberculisation *essentiellement syphilitiques*. Aussi, dans la plupart des cas, est-ce le hasard ou une révélation inattendue qui a mis sur la voie du diagnostic plutôt qu'une symptomatologie particulière [1].

C'est un hasard, comme l'indique M. Cazenave, qui m'a valu une cure extraordinaire chez un malade qui passait pour un phthisique au dernier degré. Ce malade tenait un hôtel garni près la porte Saint-Martin. Il avait été traité, et, comme on le dit dans le peuple, condamné par un membre distingué de l'Académie de médecine. Ce malade me fut présenté par un ami, et j'allais le renvoyer à un médecin quand on me montra une tumeur de la clavicule. Cette découverte m'engagea à mettre plus de soin dans mon examen, à interroger les antécédents, à m'enquérir de ce qu'éprouvait le malade. Il avait eu des chancres à la verge quatre ans avant sa maladie de poitrine et sa tumeur de la clavicule. Actuellement il toussait beaucoup, surtout le matin et le soir ; il me montra des crachats nummulaires ; il avait des sueurs nocturnes ; il était d'une maigreur inouïe et toujours haletant. J'eus le tort de ne pas ausculter la poitrine. Je soumis ce malade à l'usage de l'iodure de potassium, d'abord à la dose d'un gramme, poussée peu à peu jusqu'à 4 grammes par jour. En moins d'un mois il éprouva une amélioration inconcevable, et en moins de deux mois il reprit ses occupations. Aujourd'hui, six ans après ce traitement, ce sujet jouit d'une des plus belles santés que je connaisse.

On peut légitimement penser qu'ici la vérole a joué un rôle important dans la production de la maladie de poitrine qui consumait ce malade. Mais je ne puis arriver à cette idée que par la circonstance de la périostose de la clavicule, par les antécédents du côté de la verge et par les effets de l'iodure de potassium. La symptomatologie, dans tous ses détails, sur les phénomènes physiques qu'offrait la poi-

[1] *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, janvier 1852.

trine, me manque, et j'oserais beaucoup trop si je classais cette maladie parmi celles qui sont *essentiellement syphilitiques*.

Un quiproquo valut à Brambilla un aussi beau succès qu'il enregistra avec soin et que Swediaur cite. « On ordonna, dit Brambilla, un électuaire pour un phthisique, qui était dans une situation désespérée. Par une méprise d'apothicaire, l'électuaire fut donné à un malade vénérien pour s'en frotter et le phthisique reçut l'onguent mercuriel au lieu de l'électuaire, pour le prendre à l'intérieur. Celui-ci, ne se doutant pas du quiproquo, prit de cet onguent environ la grosseur d'une noix-muscade deux à trois fois par jour, et il fut radicalement guéri de sa maladie, à la grande surprise du médecin qui apprit ensuite par hasard comment la chose s'était faite [1]. »

On se demandera sans doute s'il y avait réellement phthisie. Mais il paraît évident qu'il s'agissait d'une maladie de poitrine et qu'il y a eu guérison. On objectera aussi que le mercure ne guérit pas seulement la vérole. Mais je doute qu'il puisse être utile dans la tuberculisation et quand il y a un épuisement tenant à une autre cause que le virus syphilitique.

De pareils faits sont donc insuffisants pour résoudre la question scientifique. Mais ils ont une valeur réelle en pratique. Ils nous avertissent de scruter avec soin tous les antécédents d'un sujet qui porte une maladie chronique de la poitrine, et de ne pas balancer à employer le traitement antivénérien, pour peu que les antécédents accusent la vérole. Plus j'étudie les maladies chroniques des viscères, celles qu'on appelle organiques, plus je me fortifie dans la conviction qu'on a laissé périr de soi-disant tuberculeux, faute d'un traitement antisyphilitique.

L'observation suivante, à laquelle M. Lagneau accorde une valeur scientifique réelle, n'a, selon moi, que la portée du fait que je viens d'exposer très-succinctement.

« Un artiste dramatique, âgé de quarante-six ans, M. ***, affecté d'une syphilis dont l'origine remontait à plus de vingt ans, présentait une périostose à la face antérieure du tibia gauche et des douleurs nocturnes dans tous les membres. Il éprouvait simultanément tous les signes rationnels d'une phthisie pulmonaire très-avancée et paraissait destiné à terminer sous peu sa carrière dans une campagne où on lui avait conseillé, en désespoir de cause, d'aller vivre de lait d'ânesse. Quand mon père fut appelé, ainsi que M. le professeur Andral, en consultation, par M. Marc, auprès de ce malade revenu momentané-

[1] Voyez d'ailleurs le *Traité sur le phlegmon*, de Brambilla, et les *Observations* de Swediaur, p. 337.

ment à Paris, il offrait les symptômes suivants : toux, crachats puriformes, sueurs, douleurs de poitrine, fièvre lente, dévoiement, marasme, hémoptysie ; l'auscultation et la percussion ne faisaient découvrir aucun signe physique. Le résultat de la consultation fut qu'il était urgent d'administrer un traitement antisyphilitique qui fut suivi sous la direction de M. Marc, d'après la méthode de Scatigna, c'est-à-dire par le moyen de l'application quotidienne de 2 grammes d'onguent napolitain sous les aisselles et une tisane sudorifique coupée avec le lait.

« Le treizième jour de ce traitement, les douleurs de poitrine et des membres, la fièvre lente, le dévoiement et la tuméfaction du périoste étaient déjà dissipés. Après la trentième application mercurielle le malade avait repris une grande partie de son embonpoint ordinaire, la toux n'existait plus ; la quarantième vit la guérison s'achever. Après s'être livré à sa profession de chanteur pendant quelque temps encore, cet homme s'est retiré en province. Depuis, M. Marc a appris qu'il était mort, mais il ne sait pas de quelle maladie [1]. »

La symptomatologie des affections pulmonaires que M. Lagneau considère comme essentiellement syphilitiques n'ayant pu être faite ni par cet auteur, ni par les autres syphiliographes, on comprend les difficultés, je pourrais presque dire l'impossibilité d'établir celle des affections des poumons, par exemple des tubercules, qui ont préexisté et ont seulement reçu l'influence syphilitique qui a hâté leur développement et les accidents qui leur sont propres.

Depuis la publication de ma première édition d'autres faits bien plus probants sont venus à ma connaissance. Ainsi je trouve dans la thèse de l'un de mes anciens élèves, M. Dumoulin, l'observation que voici :

Il y avait à l'hôpital du Midi un malade qui avait souvent offert des symptômes de phthisie pulmonaire. En effet, il toussait depuis fort longtemps ; les crachats étaient ceux d'un phthisique, l'amaigrissement était considérable. L'auscultation ne laissait aucun doute sur l'existence d'une caverne au sommet du poumon gauche ; le gargouillement et la pectoriloquie s'y faisaient entendre avec les caractères les mieux tranchés.

Ce malade présentait, en outre, de nombreux stigmates de syphilis. Le cuir chevelu, la peau, dans plusieurs régions, étaient marqués de cicatrices larges et profondes, suites d'un rupia syphilitique. Le voile du palais et la voûte palatine avaient été entièrement détruits par des ulcérations.

[1] *Des maladies pulmonaires causées ou influencées par la syphilis*, par G.-S. Lagneau (*Thèses de Paris*, 1851).

Le maxillaire inférieur était environné de tumeurs dures, indolentes, confondues en une seule masse demi-circulaire. Plusieurs années avant son entrée à l'hôpital du Midi, ce malade avait eu des chancres à la verge, qui furent suivis, à plusieurs reprises, d'affections cutanées de formes diverses.

A l'autopsie, on trouva que le poumon droit était libre d'adhérence avec la plèvre costale et parfaitement sain. L'examen le plus minutieux n'y fit découvrir aucun tubercule, aucune altération organique. Le poumon gauche adhérait par la partie antérieure de son lobe supérieur à la paroi thoracique correspondante. Il présentait, à peu près vers le milieu de ce lobe supérieur, une caverne dont les parois inégales, raboteuses, étaient recouvertes d'une matière pultacée. Elle aurait pu contenir une noix de volume ordinaire. Le tissu pulmonaire, autour de cette cavité anormale, paraissait œdémateux, mais n'offrait aucune lésion organique. Un examen attentif des autres lobes de ce poumon n'y fit découvrir aucune trace de tubercules.

Le foie contenait, dans son épaisseur, trois tumeurs du volume d'une noisette d'une consistance fibreuse et d'une couleur grisâtre. Nous avons trouvé à la partie supérieure et dans l'épaisseur du muscle jambier antérieur, au milieu de ses fibres, une tumeur analogue à celle du foie.

L'absence complète de tubercules dans les poumons et dans tous les autres organes, dit M. Dumoulin, fit considérer la caverne du poumon gauche comme étant plutôt le résultat de la fonte d'une tumeur dite gommeuse que d'un ramollissement tuberculeux. On considéra aussi les trois tumeurs du foie et celle du jambier antérieur comme de véritables gommes syphilitiques. Enfin le malade aurait succombé aux progrès d'une phthisie syphilitique [1].

Voici une observation que je donne comme une des plus probantes. Ici l'affection des poumons est réellement syphilitique.

La nommée Vermissot, âgée de 45 ans, couturière, d'une forte constitution, entra le 1er avril 1853 à l'hôpital de la Clinique, dans le service de M. Pidoux, pour une gêne excessive de la respiration. Depuis un mois elle était incommodée par du malaise, de l'oppression. Cet état empirant, elle fut forcée de suspendre ses travaux il y a quelques jours et de s'aliter.

Elle indique la poitrine comme siége de son mal. Sa respiration courte, anxieuse et pénible ne s'accomplit que dans les lobes supé-

[1] *De la cachexie en général et de la cachexie syphilitique en particulier*, par M. Aug. Dumoulin.

rieurs, qui soulèvent fortement les parois thoraciques dans chaque mouvement inspiratoire. La base des poumons est immobile et fait penser qu'un obstacle s'oppose à l'entrée de l'air. La *percussion* confirme pleinement cette supposition ; elle donne un son mat, plus considérable cependant à gauche qu'à droite. Sonorité exagérée à la partie supérieure.

Par l'*auscultation*, on constate une respiration bronchique, un souffle en rapport avec la matité. Aux sommets des poumons la respiration est puérile, exagérée et rapide. Les côtes se soulèvent et s'abaissent avec force, l'air semble dilater largement toutes les vésicules pulmonaires. Cependant la suffocation nous fait craindre une hématose incomplète. Le pouls ne donne que 65 pulsations, pas de chaleur à la peau, langue rosée, face légèrement congestionnée, pas de céphalalgie, intelligence parfaite. Il y a un mois, cette femme a craché un peu de sang pendant deux ou trois jours. Jusqu'alors elle n'avait jamais souffert de la poitrine, pas d'expectoration, pas de toux, pas de fièvre le soir ni de sueurs la nuit. Pas d'amaigrissement, point d'hérédité tuberculeuse.

Le diagnostic dans ce cas fut : compression bronchique par une tumeur développée sur le trajet des principales divisions des lobes inférieurs.

Au premier abord on pourrait supposer qu'il existait là une affection essentielle. Cette dyspnée, cette dilatation exagérée de la poitrine, cette respiration puérile des sommets, l'absence des phénomènes généraux en seraient des signes irrécusables. Mais cette matité et l'absence du murmure vésiculaire à la base, nous donnent la certitude que nous avons affaire à une altération organique. De quelle nature? Point d'affections thoraciques antérieures ; depuis quelques mois la respiration est difficile, la marche, l'ascension d'un escalier occasionnent une grande gêne et des palpitations.

La malade porte sur le corps des traces d'ecthyma, de rupia syphilitiques qui dénotent une maladie vénérienne très-invétérée. Nourrissant un de ses enfants il y a treize ans, cette femme consentit à allaiter une petite fille qui avait les lèvres ulcérées et couvertes de plaques muqueuses. Bientôt les ulcérations apparurent autour du mamelon de la nourrice, et un médecin qui la vit à cette époque lui fit un certificat pour constater l'infection de la nourrice par l'enfant. Elle fut alors soumise au traitement mercuriel. La maladie sembla sommeiller pendant deux ans, puis elle se réveilla avec une grande intensité. Apparurent alors des plaques muqueuses, des ulcérations aux jambes ; puis du rupia dont on constate aujourd'hui encore les taches indélébiles.

Douleurs ostéocopes. La malade se décida alors à reprendre un nouveau traitement. A cet effet elle alla consulter MM. Vidal, de Cassis, et Cullerier. On lui ordonna, ainsi qu'il en résulte par quinze ordonnances qu'elle met sous nos yeux, du proto-iodure de mercure, de la liqueur de Van Swieten, de l'iodure de potassium qui, sans apporter un bien grand soulagement à ces douleurs, contribuèrent à cicatriser ses ulcérations.

Quand elle entra à l'hôpital des Cliniques, elle prit l'iodure de potassium et des antispasmodiques; le soir augmentation de la dyspnée. Le 2 la malade ne peut respirer qu'en se mettant sur son séant. Les sommets des poumons se dilatent et se resserrent avec force. Les battements du cœur sont plus éclatants et plus rapides. Le 3 ces symptômes sont encore plus marqués. Même traitement. Le 4 il y a une oppression très-vive, la face est bleuâtre. On constate les symptômes d'une asphyxie qui enlève la malade sur les 8 heures du soir.

Autopsie faite le 6 avril 1853, trente-six heures après le décès. Rien de particulier du côté du cœur, du cerveau et de l'abdomen. Les poumons sont seuls le siége des lésions qui ont amené la mort. La trachée est remplie d'un liquide spumeux. La muqueuse n'offre ni rougeur ni ulcération. En incisant par la partie postérieure les ramifications bronchiques des lobes inférieurs, on constate qu'elles sont entourées par une masse indurée, d'une couleur gris bleuâtre ayant une certaine analogie avec le marbre vert de mer. Cette coloration est plus foncée à gauche qu'à droite. Cette masse indurée a remplacé le parenchyme pulmonaire qui sépare les divisions aériennes les unes des autres; elle offre une vive résistance à la pression, on dirait une périostose. Le reste du poumon est doux au toucher, élastique, s'affaissant sous le doigt, et sa section souple et molle se convertit en lignes courbes et flexueuses. Ainsi que dans l'état sain, il est légèrement rougeâtre, quoique très-congestionné. *Pas la moindre trace de tubercules ni au sommet, ni à la base, ni sur aucun point du corps.* Aussi la phthisie ne peut-elle être invoquée pour expliquer cette transformation toute particulière.

Les ganglions bronchiques sont noirs, indurés, sans tendance à la suppuration. Les filets bronchiques des nerfs pneumo-gastriques de chaque côté plongent au milieu de ce tissu induré; ce qui en rend la dissection presque impossible.

D'après ces détails, on peut facilement se rendre compte de la nature, de la marche et des symptômes de cette maladie. La terminaison fatale et rapide trouve son explication dans la tumeur exerçant une forte pression sur les divisions bronchiques du lobe inférieur gauche et sur celles des deux lobes inférieurs droits. L'air ne pouvait donc par-

venir que dans les sommets. De là ce soulèvement énergique des premières côtes, cette dilatation des vésicules pulmonaires, cette sonorité exagérée, cette respiration puérile, derniers efforts de la nature, qui n'ont pu enrayer la marche envahissante et progressive de l'asphyxie.

J'ai vu la pièce pathologique qui a été dessinée par M. Bion. A part cette masse indurée, le poumon était complétement normal. La masse était d'une grande dureté; on aurait dit une périostose à sa première période, quand le sang imbibe fortement les tissus. Je ne pense pas que la science possède un fait plus complet, plus explicite d'affection essentiellement syphilitique du poumon. Je le dois à M. de l'Aulnois, un de mes meilleurs élèves, aujourd'hui médecin distingué à Lille.

SECTION TROISIÈME.

MALADIES VÉNÉRIENNES DES NOUVEAUX NÉS.

Je dois dire d'abord qu'il ne sera pas seulement question du nouveau né, mais aussi de celui qui doit naître.

L'enfant malade sera surtout étudié dans ses rapports avec les personnes qui lui donnent le jour, sa première nourriture, les premiers soins. Je ferai donc intervenir les parents, les nourrices, etc. Il est facile de comprendre alors combien la famille, la société, la jurisprudence médicale sont intéressées à la solution des questions, à la connaissance des faits que je vais exposer, et cependant cette section est presque absente dans les livres les plus répandus sur les maladies vénériennes !

Je commencerai par ce qu'il y a de moins contestable, les symptômes, les lésions, en suivant, à peu près, leur ordre d'apparition. Je parlerai ensuite des causes, et c'est sous ce titre qu'il sera question de l'influence des parents et de la nourrice sur l'enfant, et *vice versâ*. Puis viendront le diagnostic, le pronostic et le traitement. On comprend que la question de la transmissibilité par le sang, par les produits de sécrétion, par les accidents consécutifs, renaîtra encore, et ici sa solution dans le sens des contagionistes ne peut être douteuse.

ARTICLE PREMIER.

Symptômes et lésions.

Les enfants infectés naissent quelquefois amaigris, comme étiolés; ils ont les chairs molles, la peau terreuse, flasque, ridée, ce qui leur donne l'aspect de petits vieillards. Ce sont, comme le disait Doublet, des miniatures de la décrépitude. « Une mère qui a la vérole, dit Astruc, met au monde des enfants faibles, languissants, à demi pourris. » Il en est qui s'éteignent avant toute manifestation bien caractérisée de la syphilis. On peut observer sur des enfants qui naissent des accidents, des symptômes que je ferai bientôt connaître, et même des végétations, comme le prouvent plusieurs observations contenues dans le livre de Bertin. On a eu tort de nier ces faits. Mais, dans une très-grande majorité des cas, ces enfants naissent sans porter aucune trace de syphilis et souvent avec les apparences de la santé la plus parfaite. Quelques semaines, un mois après avoir vu le jour, ils offrent les symptômes ou les accidents de la syphilis sous une des formes dites secon-

daires. Bertin dit que chez les enfants soumis à son observation, c'est de la troisième à la sixième semaine. Le même auteur ajoute que ces accidents peuvent être plus ou moins précoces. M. Bouchut vient de publier une observation qui prouve qu'un enfant très-bien développé ne présenta des symptômes syphilitiques que huit mois après sa naissance. Une fois l'année écoulée, il y a bien des chances pour que l'enfant né de parents gâtés ne soit pas syphilitique. Je dois dire cependant qu'on a admis des véroles héréditaires bien plus tardives. On a prétendu même que la cause pouvait rester sans effet, latente, pendant toute la jeunesse pour produire, à un âge plus avancé, une vérole *vraie* et *légitime*, comme le dit Astruc, lequel en doute fort [1].

M. Ricord a déclaré à l'Académie de médecine (8 octobre 1853) qu'il avait vu des sujets chez qui la vérole héréditaire ne s'est manifestée qu'après quarante ans[2]. Si de pareils faits étaient vraiment constatés et connus dans le monde, on trouverait plus d'un enfant assez irrévérencieux pour s'innocenter aux dépens des auteurs de ses jours, auquel il renverrait sa faute personnelle. Il faut noter avec soin que l'enfant peut naître sain et ne jamais être vérolé, et cela quoique engendré par des parents parfaitement syphilitiques. Sylvaticus va donc trop loin en avançant que tous les enfants nés de parents syphilitiques doivent nécessairement être atteints de la vérole. Heureusement les lois de l'hérédité pathologique ne sont pas aussi absolues.

§ 1er. — *Coryza.* — *Otite.*

Le plus souvent l'attention de la nourrice est éveillée par une difficulté de la respiration de l'enfant, par un bruit, un nasillement, surtout pendant qu'il tette. Il est, comme on dit, enchifrené. C'est le début du coryza syphilitique. On voit bientôt le nez rougir, se tuméfier; les narines se dilatent et laissent échapper, presque continuellement, une humeur purulente teinte de sang. Une partie de cette humeur, en se desséchant, forme des croûtes qui obstruent les cavités nasales; le petit malade ne respire que par la bouche, toujours plus ou moins ouverte. La muqueuse nasale, d'un rouge livide, gonflée, ramollie, est souvent le siége d'ulcérations superficielles et saigne par le moindre contact. La respiration par le nez, qui était d'abord embarrassée, devient plus difficile; la succion du sein finit quelquefois par devenir impossible, puisque l'enfant ne peut respirer que par la

[1] *Gazette des Hôpitaux*, 15 février 1855.
[2] T. II, p. 7.

bouche. Il périt d'inanition, si cet état se prolonge, puisqu'il ne peut être allaité.

On devra faire alors des lotions émollientes, puis astringentes. On pratiquera des cautérisations avec le nitrate d'argent, si la phlegmasie est très-prononcée.

M. A. Deville a communiqué au docteur Bouchut quatre observations d'enfants nouveau-nés affectés de coryza, et qui, tous les quatre, devaient le jour à des mères infectées. Trois d'entre eux présentaient en même temps, sur le corps, des signes d'infection syphilitique. Ces enfants furent traités par l'iodure de potassium à la dose de 3 à 5 décigrammes par jour, et leur état s'est rapidement amélioré sous l'influence de ce moyen. Trois ont été parfaitement guéris, le quatrième a succombé à une maladie intercurrente, la petite vérole.

Je reviendrai sur le coryza quand je parlerai des pustules muqueuses.

Le conduit auditif externe, le pavillon de l'oreille sont quelquefois le siége de la même sécrétion purulente. Toutes les fois qu'il s'agit d'un enfant nouveau-né de parents vénériens, on devra explorer le pavillon de l'oreille et le conduit auditif, attendu que ces parties sont quelquefois le siége d'excoriations. J'ai observé dernièrement un nouveau né appartenant à une famille dont le père avait eu plusieurs gonorrhées. Cet enfant n'a offert pendant deux mois qu'une rougeur cuivrée du conduit auditif. Après ce temps il survint des pustules à l'anus et aux parties génitales.

§ 2. — *Erythème.*

La forme érythémateuse est fréquente dans la syphilis infantile. Les enfants paraissent quelquefois comme *échaudés, demi-cuits* (*semi-cocti*). Les rougeurs se remarquent surtout sur les points soumis aux frottements, aux pressions. On les observe souvent à l'anus, aux cuisses, aux parties génitales : ces parties sont alors très-sensibles. Les nourrices accusent, en général, la dentition de produire cet état, même avant l'époque de la pousse des dents; elles font un véritable abus de poudres inertes, et cela sans résultat. C'est alors qu'elles présentent le nourrisson au médecin.

§ 3. — *Roséole.*

La roséole est souvent la première syphilide des enfants; mais elle est rarement seule. On l'observe à la base de la poitrine, au ventre, au cou, à la face interne des membres. La largeur des taches est variable; elles sont souvent comme l'ongle. Cette roséole est, en général, fugace.

§ 4. — *Pustules muqueuses.*

Les auteurs conviennent généralement que c'est sous la forme pustuleuse que la syphilis se manifeste le plus souvent chez les nouveaux nés. Bertin, dans son livre spécial, dit : « Les *pustules* sont un des symptômes le plus souvent observés chez les enfants nouveau-nés que je suis chargé de traiter à l'hôpital des vénériens. » Les plus communes se rapportent aux pustules muqueuses que j'ai décrites à la fin de la première section de ce livre. Ici on les trouve non-seulement dans les régions déjà indiquées, mais encore partout où il y a des plis à la peau, aux articulations dans le sens de la flexion : ainsi, aux plis des cuisses, des fesses, aux aisselles. Tantôt ce sont des plaques plus ou moins larges, tantôt la forme tuberculeuse est plus prononcée, ou bien c'est la forme lenticulaire. La pustule revêt surtout ces dernières formes, quand elle est sur la peau. Là où le tégument est très-échauffé, les tubercules suintent abondamment, d'où une odeur fétide et plus ou moins d'érythème d'eczéma dans le voisinage. D'autres fois les tubercules sont arides et se couvrent de quelques lamelles comme écailleuses. On remarque ces caractères au cuir chevelu. Mais il est rare que les pustules des enfants ne soient pas avec ulcération, comme d'ailleurs toutes les syphilides de cet âge.

La muqueuse est aussi le siége des papules, qui sont alors compliquées de gerçures, de petites rhagades. Gaspard Torella écrivait, en 1498 : « *In pueris lactantibus prima infectio apparet in ore aut in facie.* » En effet, l'ouverture, l'intérieur de la bouche sont bientôt pris chez l'enfant. Les commissures des lèvres sont souvent malades; on voit à côté d'une papule un point fendillé qui aurait de la tendance à se réparer, mais la fissure se reproduit par les mouvements de succion qui deviennent alors douloureux pour l'enfant. Sur la langue, on observe de légères élevures lenticulaires, blanches comme si l'azotate d'argent venait d'effleurer cet organe. Lorsqu'il y a possibilité de faire ouvrir la bouche de l'enfant, on voit que ces taches blanchâtres s'avancent vers la gorge, vers le pharynx. Mais là les difficultés pour la constatation sont presque insurmontables; aussi est-il souvent difficile d'assurer à une nourrice qu'on lui confie un enfant tout à fait sain. Sur les muqueuses, les pustules s'ulcèrent encore facilement. Cette circonstance a pu les faire prendre pour des chancres par des médecins peu instruits ou par des syphiliographes prévenus. On a supposé que la même lésion se reproduisait sur les intestins et donnait lieu aux selles muqueuses sanguinolentes. Les produits des sécrétions des lèvres et de la bouche ont été examinés au microscope, et on a constaté la présence des cryptogames.

§ 5. — *Syphilide papuleuse, ecthyma, impétigo, tubercule.*

La syphilide papuleuse, comme celle qu'on observe sur le tégument de l'adulte, est très-rare chez l'enfant, et cela pour une bonne raison, c'est que la peau à cet âge étant très-fine et se rapprochant beaucoup du tégument interne, on observe cette syphilide sous forme de pustule muqueuse.

Les pustules qui se rapportent à la syphilide appelée ecthyma s'observent chez le nouveau né syphilitique, mais, en général, à une période avancée de la maladie. Les fesses, les membres sont les parties le plus fréquemment affectées. On voit aussi de ces pustules aux mains, à la plante des pieds, où elles remplacent les syphilides squammeuses cornées, qui sont très-rares à cette époque de la vie. L'ecthyma à cet âge s'ulcère facilement et peut causer ainsi de grands ravages.

On observe aussi l'impétigo, surtout l'impétigo facial, comme celui que j'ai fait. (Voyez la planche 6, figure 2.) Les syphilides plus profondes, comme la tuberculeuse, sont extrêmement rares. La mort arrive souvent avant la période de la syphilis qui est marquée par des altérations aussi profondes.

§ 6. — *Pemphigus.*

Comme je l'ai déjà dit en parlant de la syphilide bulleuse chez l'adulte, M. P. Dubois a fait connaître le pemphigus syphilitique chez le nouveau né. Il est ordinairement aigu et les bulles qui le caractérisent sont grosses comme un pois, rarement comme une petite noisette; elles sont plus ou moins nombreuses, on en a compté plus de cent sur le même enfant; elles sont alors très-rapprochées, et quelques-unes se confondent par leur base. Les bulles renferment un liquide jaunâtre, purulent, quelquefois fétide, et même du sang. On les observe sur toutes les parties du corps; le plus souvent à la face plantaire des pieds et sur la paume des mains. Les points de la peau sur lesquels s'élèvent les bulles ont une teinte violette ou bleue, ce qui forme contraste avec la couleur rosée des autres parties de la peau.

Quelquefois le derme est érodé, ulcéré et couvert d'un dépôt plastique membraneux. Il arrive que ces ulcérations comprennent toute l'épaisseur de la peau et suppurent abondamment; leurs bords sont parfois un peu relevés et arrondis et l'on voit alors en différents points les apparences des dernières périodes de l'ecthyma. Quelquefois on ne constate d'abord que des taches de la couleur que j'ai déjà indiquée; puis l'épiderme se soulève et le pemphigus se complète. Dès que la

bulle est ridée, la tache se reproduit quelquefois comme auparavant; il y a récidive.

Le pemphigus syphilitique peut envahir l'enfant qui est venu au jour bien développé; mais, le plus ordinairement, on l'observe chez des enfants faibles, débiles et nés avant terme. Dans tous les cas, son apparition est d'un fâcheux présage, car la mort frappe presque tous les enfants qui l'ont apporté en naissant ou chez lesquels il s'est développé plus tard. Il n'est pas rare de voir des enfants morts dans le sein de leur mère et portant des traces de cette syphilide. Le pemphigus est surtout grave quand il est compliqué des affections du poumon et du thymus que je ferai connaître plus tard.

En parlant du pemphigus des adultes, j'ai dit qu'on avait mis en doute la nature syphilitique de celui des nouveaux nés. M. Bouchut cherche à établir le diagnostic différentiel du pemphigus spécifique et du pemphigus simple. « Nous voyons, dit-il, d'un autre côté, les bulles être remplies de pus jaunâtre bien formé, tandis qu'elles sont distendues par une sérosité liquide claire ou opaline dans le pemphigus simple. Ici la couleur de la peau est rouge, excoriée, livide; elle est ailleurs d'une nuance rosée assez claire. Ici encore la peau est érodée, ulcérée même; elle ne présente jamais d'ulcération dans le pemphigus simple; ici les bulles existent avec des lésions syphilitiques, dans les autres organes, avec des syphilides cutanées ou des syphilides muqueuses, avec des abcès disséminés dans le thymus et les poumons, avec la dégénérescence fibro-plastique du foie, avec des onyxis, etc. Ailleurs, au contraire, c'est-à-dire dans le pemphigus simple, les bulles sont toute la maladie. Enfin, l'un guérit difficilement, et quand il guérit, c'est au moyen du mercure donné à l'enfant et à la nourrice, tandis que l'autre guérit toujours à l'aide des seuls remèdes délayants [1]. »

Je ferai remarquer que le pemphigus syphilitique n'est pas toujours en compagnie d'autres syphilides, et les lésions viscérales dont parle M. Bouchut ne sont constatées qu'à l'autopsie. Malgré ce que je viens de dire sur les caractères des bulles, quelques syphiliographes n'admettent aucune différence symptomatique entre celui qui est considéré comme syphilitique et le pemphigus cachectique; de plus les parents de l'enfant pemphigoïde n'ayant pas toujours eu la vérole, on a conclu à la non-existence du pemphigus syphilitique des nouveaux nés. M. Cazeaux a surtout soutenu cette opinion qui a été principalement combattue par M. P. Dubois. Ce professeur invoque les cas qui prouvent que le pemphigus marche avec d'autres affections syphilitiques de

[1] Bouchut, *loc. cit.*

l'enfant et la fréquence des symptômes de la diathèse syphilitique chez les parents. On peut ajouter maintenant aux arguments de M. Dubois des faits qui prouvent que des enfants pemphigoïdes ont été guéris par le mercure. Du reste, dans l'incertitude sur la nature du pemphigus, en présence d'un enfant qui porte une aussi grave affection, mieux vaut admettre l'hypothèse de la syphilitis, quand il s'agit de thérapeutique.

Comme toujours, il est survenu une opinion mixte, une de ces opinions qu'on émet ordinairement quand on n'en a pas, et qu'on se croit obligé par position de discuter. On a dit que le virus syphilitique n'agissait pas directement pour produire le pemphigus, mais que la syphilis, en affaiblissant, en altérant profondément la constitution, la plongeait dans le cas d'être envahie par les pemphigus.

§ 7. — *Lésion des os.*

Pour la raison que j'ai donnée quand j'ai mentionné les syphilides profondes, on observe très-rarement chez les nouveaux nés les affections des os et de leurs annexes. Bertin ne cite que cette observation :

« Pierre G..., âgé de trente-cinq jours, transporté de l'hôpital de la Maternité dans notre département, le 1er janvier 1809, était attaqué d'une blennorrhagie ophthalmique très-intense, de pustules tuberculeuses sur presque toute l'étendue du corps, d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon sur le grand trochanter du côté gauche, et d'une périostose assez considérable à la face supérieure et postérieure du cubitus.

« La tumeur du grand trochanter augmenta de volume jusqu'à la fin de janvier ; dans le cours de février elle diminua peu à peu, et vers la fin de ce mois elle était presque entièrement résolue. Voulant examiner la marche de la nature, dans ce cas, nous ne prescrivîmes aucune application locale. On se contenta d'administrer à la nourrice des frictions mercurielles tous les deux jours ; le 2 mars, il n'existait plus aucune trace de cette tumeur. La périostose de l'avant-bras montra plus de résistance à la guérison et me fit craindre même l'altération des os ; les mouvements du bras étaient très-gênés ; l'enfant paraissait souffrir ; les téguments étaient rouges ; nous appliquâmes des cataplasmes émollients qui calmèrent les symptômes inflammatoires, mais la tumeur restant stationnaire et les pustules ne disparaissant que lentement, nous administrâmes, dans le cours du mois de mars, le mercure sublimé à la dose d'un douzième de grain, et nous le continuâmes pen-

dant trois mois. Au bout de ce temps, tous les symptômes étaient dissipés [1]. »

M. Laborie a cité un autre cas d'affection osseuse avec carie. Le docteur Bouchut dit avoir observé bon nombre de fois une lésion de l'os qui n'appartient ni à la carie ni à la dégénérescence du périoste; elle est caractérisée par l'endurcissement prématuré des os longs. Chez des enfants nés avant terme ou mort-nés, au lieu d'os mous, spongieux, vasculaires, incomplétement formés et faciles à couper par le scalpel, on trouva la partie moyenne des tibias et des fémurs solide, compacte, éburnée et impossible à casser ou à diviser par l'instrument tranchant. C'est une modification à laquelle, selon M. Bouchut, on ne doit pas attacher d'importance. Elle semble indiquer dans l'évolution osseuse un degré d'activité anormale et hâtive en rapport avec les sécrétions plastiques observées dans plusieurs organes [2]. Il serait bien possible que ces lésions osseuses n'eussent aucun rapport avec la syphilis.

§ 8. — *Chancre.*

Chez l'enfant, c'est le chancre qu'on observe le plus rarement, si toutefois il a été constaté. L'enfant n'a guère que ce qu'on appelle l'accident consécutif, surtout sous sa forme secondaire.

§ 9. — *Suppuration du thymus.*

M. P. Dubois a constaté des lésions du thymus chez plusieurs enfants nés de parents syphilitiques et offrant eux-mêmes des signes de vérole. Il y avait dans l'épaisseur du thymus, et comme semés, de petits noyaux d'inflammation et de suppuration. Le contenu de ces petits foyers, soumis à l'examen microscopique, n'a offert jusqu'à présent que les caractères ordinaires du pus. M. Depaul a trouvé un thymus qui offrait dans chacun de ses lobes une petite cavité remplie d'une matière granuleuse jaunâtre assez épaisse. Le même accoucheur et M. P. Dubois ont observé cette maladie sur cinq enfants. Un est mort dans le sein de sa mère, deux ont vécu quelques minutes, un dix, un huit jours. Deux fois il y avait aussi suppuration des poumons. Un troisième n'avait qu'une dureté insolite au lobe inférieur droit. Chez un quatrième il y avait aux poumons de petites ecchymoses de taches rouges. Quatre fois sur cinq on a constaté le pemphigus. Pour ce qui est de l'origine, on trouve quatre fois la syphilis chez le père, la mère,

[1] Bertin, *Traité de la maladie vénérienne chez les enfants nouveau-nés, les femmes enceintes, les nourrices.*

[2] Bouchut, *loc. cit.*

ou tous les deux. Dans un cinquième cas, les renseignements sur les parents ont manqué.

§ 10. — *Indurations du poumon.*

On a trouvé dans les poumons des nodosités lobulaires avec congestion plastique jaune grisâtre et suppuration. Ces noyaux, qui ressemblaient à ceux de la pneumonie lobulaire antérieure à la naissance, ont coïncidé assez souvent avec des pustules syphilitiques. Ollivier, Billard, MM. Cruveilhier et Husson n'ont pas été plus loin dans les rapports de ces lésions viscérales avec la syphilis. Mais M. Depaul s'est avancé jusqu'à dire que ces noyaux plastiques n'étaient pas de la pneumonie lobulaire, mais bien une lésion spéciale qu'on ne rencontre qu'avec d'autres phénomènes de syphilis chez l'enfant ou du côté des parents; ce serait donc là une altération spécifique appartenant à la syphilis constitutionnelle. La coïncidence de ces lésions viscérales avec les lésions syphilitiques extérieures chez les enfants, ou avec la vérole des parents, établit pour M. Depaul une sorte de criterium pour la certitude.

M. Depaul soutint son opinion dans un travail lu à l'Académie de médecine. Le docteur Cazeaux s'éleva contre les conclusions de son collègue : il pensa que ces altérations pouvaient être aussi bien de nature inflammatoire et dépourvues de spécificité que dépendantes de la syphilis. M. Cazeaux se montra ici très-partisan de l'anatomisme. Il demanda à une lésion de montrer la nature de sa cause première. M. Depaul crut pouvoir l'établir par les circonstances antérieures, par les circonstances concomitantes.

M. P. Dubois intervint avec des faits et son autorité. Il soutint la cause de M. Depaul, qui n'est cependant pas encore complétement gagnée par-devant la science. Mais, en attendant, la pratique vient à tout instant poser une question qui ne peut pas être éludée ou ajournée comme une question académique. J'ai dit qu'alors on devait faire appel au bon sens et traiter les parents qui mettent au monde de pareils êtres comme syphilitiques, le traitement n'ayant aucun danger réel. Par ce moyen on évitera souvent la naissance d'enfants syphilitiques.

§ 11. — *Lésions du foie.*

On sait que les premiers syphiliographes accusaient beaucoup la bile et le foie, quand il s'agissait de syphilis. Ces idées, depuis longtemps oubliées, semblent revenir, surtout pour ce qui est relatif au foie, mais elles prennent une autre forme. M. Gubler, qui a étudié le

rôle que joue le foie, ou, pour mieux dire, les atteintes qu'il subirait, distingue deux lésions : une générale, une partielle. Dans le premier cas et lorsque l'altération est portée au plus haut degré, la glande offrirait une couleur jaune fort différente de celle de l'état normal, et que je ne puis mieux comparer qu'à la nuance de certaines pierres à fusil. L'apparence de deux substances s'est complétement évanouie ; seulement sur le fond jaunâtre uniforme, on découvrirait avec de l'attention un semis plus ou moins clair de petits grains blancs, opaques, ayant l'aspect de graines de semoule, et de plus des arborisations déliées, appartenant à des vaisseaux exsangues.

Foie sensiblement hypertrophié, globuleux, turgide, dur et difficile à entamer avec les doigts. Ceux-ci finissent par le déchirer sans laisser aucune impression à sa surface. Son élasticité serait telle que, si l'on pressait fortement entre les doigts, comme pour l'écraser, un morceau cunéiforme emprunté à son bord tranchant, ce morceau s'échapperait à la manière d'un noyau de cerise et rebondirait à la surface du sol ; il crierait sous le scalpel.

Les coupes sont très-nettes et la grande consistance de l'organe permettrait d'en obtenir des tranches très-minces, douées d'une demi-transparence. En exprimant le tissu du foie, on n'obtiendrait point de sang ; mais on ferait sourdre des surfaces de sections une sérosité assez abondante, limpide, légèrement nuancée de jaune, qui s'échapperait également à la longue, sans l'intervention d'aucune action mécanique. Cette sérosité se coagulerait dans les mêmes conditions que les dissolutions albumineuses.

Voilà, en abrégé, les principaux caractères attribués à l'altération syphilitique du foie portée à l'extrême. Mais il s'en faut que cette altération soit toujours si évidente et si générale. Il arrive plus souvent peut-être qu'elle revêt d'autres formes. Parmi celles-ci, la plus commune ne se distinguerait de la précédente que par le degré de la lésion qui reste, d'ailleurs, généralisée. Ses caractères, toujours beaucoup moins tranchés, sont quelquefois assez peu accusés pour qu'elle ait pu jusqu'ici échapper à des yeux non prévenus et qu'à l'avenir elle passe encore souvent inaperçue.

Le foie, moins gros que dans la première forme, pourrait même ne pas s'éloigner très-manifestement du volume normal ; il est ferme sans offrir l'excessive dureté signalée dans d'autres cas, et il retiendrait en partie la nuance de coloration déjà comparée à celle du silex. Cette couleur jaune s'observe plus particulièrement dans la couche superficielle du tissu hépatique et conséquemment le long du bord antérieur. L'intérieur de l'organe offrirait plutôt une coloration indécise nuancée

de jaunâtre et de brun rouge plus ou moins atténué. Nulle part, le parenchyme ne paraît tout à fait sain.

Le foie offrirait aussi une certaine demi-transparence qui permet de distinguer, à une petite profondeur, les grains de semoule dont sa substance se trouve parsemée. Ces points opaques seraient ici beaucoup plus nombreux et plus serrés et le piqueté abondant qu'on découvre lorsqu'on examine attentivement la pièce, semble à M. Gubler un des meilleurs indices de la modification pathologique dont le foie est alors le siége.

Au reste, dit l'auteur cité, il ne faut pas oublier que les caractères du foie dans le premier âge de la vie sont très-différents de ce qu'ils seront plus tard. Cette glande, d'abord très-développée par rapport aux dimensions de l'enfant, conserve pendant quelque temps un volume relatif considérable qui diminue ensuite par degrés, en sorte qu'elle est absolument moins grosse à la fin du premier mois qu'au moment de la naissance. C'est ainsi que chez un enfant à terme, qui avait à la vérité le foie d'un volume hypernormal, le diamètre transverse de cet organe, en suivant un peu la connexité de la face supérieure, était de 18 centimètres; le diamètre antéro-postérieur du lobe droit était de 13 centimètres; le même diamètre du lobe gauche était de 11 centimètres; tandis que chez un enfant d'un mois, dont le foie paraissait gros comparé à celui des sujets de son âge, le diamètre transverse, mesuré par la face plane, n'était que de 14 centimètres. Le diamètre antéro-postérieur du lobe gauche égalait à peine 9 centimètres et celui du lobe droit surpassait très-peu ce chiffre.

Au moment de la naissance, le tissu hépatique ressemble pour la coloration à celui de la rate elle-même, et quoique sa couleur brun rouge perde graduellement de son intensité, elle reste encore assez foncée pendant les premiers mois de la vie extrautérine pour être fort différente au premier abord de la nuance jaunâtre que nous avons dit appartenir au foie altéré, laquelle se rapprocherait au contraire davantage de la couleur normale chez l'adulte. Ce serait l'inverse pour la transparence, car le foie de l'adulte est opaque, même en lames très-minces, tandis que le foie de l'enfant très-jeune est manifestement translucide dans les mêmes conditions, ce qui diminuerait un peu la valeur de ce caractère de l'altération syphilitique, si celle-ci ne s'accompagnait pas en général d'une transparence beaucoup plus marquée en même temps que d'une nuance plus ou moins jaunâtre. Cette opacité du foie de l'adulte, comparée à celui de l'enfant, paraît dépendre de deux circonstances principales; d'une part, de la prédominance du tissu fibreux; d'autre part, de la plus forte pro-

portion des matières grasses accumulées dans les cellules propres. La différence sous ce dernier rapport est des plus frappantes.

L'aspect granitique et l'apparence de deux substances qui en résultent manquent dans le foie du nouveau né, mais ils existent déjà d'une manière très-prononcée dans la période de la vie où nous nous arrêterons, c'est-à-dire vers la fin du deuxième ou du troisième mois de l'existence. De plus, à cet âge le foie normal incisé laisse couler en abondance le sang dont il est rempli, ce qui n'arrive pas également pour celui qui a subi l'altération morbide que nous décrivons.

Selon M. Gubler le diagnostic anatomique de cette altération doit être toujours possible pour quiconque aura présentes à l'esprit les particularités déjà indiquées. Il importe toutefois d'être prémuni contre une dernière cause d'erreur que voici. Lorsqu'on saisit entre les doigts un foie sain, la pression chasse, des points sur lesquels elle s'exerce, le sang renfermé dans les réseaux capillaires et fait ressortir la couleur propre du parenchyme hépatique qui tire, comme on sait, plus ou moins sur le jaune. Ces plaies jaunâtres ou fauves pourraient être prises pour des points malades au milieu d'un tissu normal, si l'on n'avait pas été témoin du phénomène; mais l'empreinte en creux laissée par les doigts ou par tout autre objet compresseur, et surtout l'absence d'une certaine diaphanéité, ainsi que la possibilité de faire revenir le sang par refoulement, sont autant de caractères auxquels on ne saurait se méprendre [1].

Selon M. Gubler l'induration du foie qu'il a décrite se rapporterait aux accidents qui ont été appelés tertiaires. Or, elle surviendrait de très-bonne heure et marcherait avec des lésions de la peau qui se rapportent aux accidents qu'on appelle secondaires. On cite un cas de guérison et c'est par le proto-iodure et non par l'iodure de potassium. Tout cela inquiète fort les classificateurs très-carrés qu'on appelle maintenant *corrects*. Ils préfèrent dire que cette induration du foie est une induration comme celle du chancre. Ce serait donc un chancre induré du foie qui aurait été inoculé à l'enfant par le sang d'une mère infectée! Je le veux bien.

Quoi qu'il en soit, avec l'affection décrite par M. Gubler, il n'y a pas d'ictère. Par la palpitation on constate un volume, une dureté plus considérable du foie, ce qui peut être important quand sur la peau existent des traces de syphilis. On n'a constaté qu'une fois l'œdème des jambes, mais sans épanchement de sérosité dans le péritoine. On voit combien la symptomatologie est pauvre. La forme que j'ai donnée à la rédac-

[1] Mémoire sur une nouvelle affection du foie (*Gazette médicale*, du 24 mai au 8 juin 1851).

tion de ce paragraphe prouve que je ne suis pas entièrement convaincu par les recherches de M. Gubler.

§ 12. — *Péritonite.*

Les mères infectées de syphilis mettent quelquefois au monde des enfants qui meurent de péritonite. M. Simpson, qui a observé plusieurs faits de ce genre, attribue cette inflammation de la séreuse abdominale à la vérole transmise par la mère. Ce qui viendrait à l'appui de l'opinion de M. Simpson ce sont quelques faits de M. Gubler, qui prouvent qu'il y a eu inflammation du péritoine qui est en rapport avec le foie portant l'affection que je viens de décrire. Il faudrait maintenant constater si la péritonite peut exister seule, ou si elle n'existe que par cette lésion du foie.

ARTICLE II.

Causes.

Sous ce titre, je vais examiner l'influence de la mère, du père, des deux ensemble et de la nourrice, sur la production de la syphilis infantile. Je parlerai aussi de l'influence de l'enfant sur la nourrice et sur les autres personnes qui lui donnent les premiers soins.

§ 1er. — *Influence de la mère.*

Il y a entre la femme et l'enfant qu'elle porte des rapports d'une intimité telle que le poison doit souvent atteindre les deux. N'y aurait-il que les grands courants sanguins d'un être à l'autre, que l'intoxication mutuelle devrait être admise.

La femme peut être syphilitique avant de concevoir; elle le devient quelquefois après la conception, pendant la grossesse. Dans le premier cas, l'infection de l'enfant est presque infaillible. Dans le second cas, qui suppose l'infection de la mère pendant la grossesse, on se demande si c'est à toutes les périodes de celle-ci que l'infection du fœtus est possible. Il a été répondu qu'aux extrêmes limites de la grossesse la syphilis de la mère n'était pas transmise au produit, à l'enfant : la syphilis contractée par la mère, soit avant la quatrième semaine, soit après le septième mois révolu, n'aurait jamais été cause de syphilis pour le fœtus. Ceci n'est qu'une conjecture et non un fait démontré.

L'infection du fœtus, après la conception, peut être le fait de l'infidélité de l'époux ou de la mère. Quand c'est le mari, il y a moins de difficulté de savoir à quelle époque la femme et son produit ont pu

être infectés. Quand il y a eu infidélité de la part de la mère, ces difficultés sont bien plus grandes ; elles sont même insurmontables dans le cas de mauvaise foi de la femme.

On s'est demandé si l'infection de l'enfant pouvait avoir lieu à toutes les périodes de la syphilis de la mère. Il est probable que l'infection sera plus certaine, plus fréquente à la période la plus active de la vérole, par exemple, quand elle se manifeste par des syphilides, des affections des muqueuses, et ce sont ces lésions qui sont ordinairement transmises à l'enfant. Il n'est pas déraisonnable d'admettre une décroissance des effets sur les enfants, à mesure que la vérole des parents vieillit. Cependant je crois qu'on s'est trop avancé quand on a prétendu que les parents tertiaires ne pouvaient pas donner le jour à un enfant syphilitique, qu'ils pouvaient tout au plus produire un enfant scrofuleux. J'ai parfaitement observé des enfants issus de parents tertiaires qui ont eu la syphilis, d'abord sous les formes les plus superficielles, absolument comme les enfants issus de parents aux premières périodes de la maladie.

La mère peut-elle inoculer la syphilis au moment même de la parturition, *au passage?* Il y a eu autrefois des auteurs qui n'ont admis que ce mode d'infection par la mère. Girtamner, Nisbett, sont de ce nombre. Mais d'autres, à l'exemple de Bosquillon, nient l'*infection au passage*. Il est très-vrai qu'on chercherait vainement dans la science des faits bien authentiques de cette contagion. L'enfant, au moment d'être expulsé, est couvert d'un enduit protecteur ; il baigne dans du sang, dans les eaux de l'amnios ; il est lavé immédiatement après sa naissance. Enfin, je le répète, les faits d'infection au passage ne sont rien moins que concluants. Cependant la possibilité existe. Il ne faudrait donc pas nier entièrement et ne pas être exclusif.

§ 2. — *Influence du père.*

La question de la transmissibilité de la syphilis par le père se lie au mystère de la conception. Aussi la clarté est-elle encore loin de se faire sur ce point. Cependant l'analogie, et même quelques faits, doivent nous faire espérer. Ainsi, il est évident que le père peut avoir une influence des plus marquées sur les traits, sur la taille et sur les dispositions morales de l'enfant. Il peut le faire héritier des défauts de son esprit comme des difformités de son corps. Il lui transmet ses dispositions morbides, le germe de certaines maladies dont la mère n'a jamais été atteinte. L'analogie permet donc d'admettre la transmission de la syphilis par le père à l'enfant, et cela, la mère restant saine, ce qui implique une altération du sperme qui vicie l'œuf. Les faits les plus

authentiques sont venus confirmer cette supposition. On en trouve dans la pratique de tous les syphiliographes, de tous les accoucheurs. M. Ricord lui-même a dit dernièrement, en pleine Académie de médecine, qu'il avait donné des soins à une dame qui a eu successivement deux enfants syphilitiques, alors qu'elle ni son mari n'avaient jamais été malades. Le père réel de ces enfants (l'amant) était syphilitique [1]. Ainsi le sperme était ici altéré; il a vicié l'œuf, seulement en laissant la mère en pleine santé comme avant la conception.

Non-seulement le père peut vicier l'œuf pendant qu'il est porteur de certains accidents syphilitiques; mais, même après la disparition de ceux-ci, du moins quand rien en lui, rien n'indique extérieurement l'existence de la diathèse. C'est un fait reconnu par les praticiens les plus recommandables.

M. Cullerier fils vient cependant de soutenir une thèse contraire au sein de la Société de chirurgie. Selon ce médecin la mère est toujours syphilitique quand elle met au monde un enfant syphilitique. M. Cullerier s'appuie sur des observations qui prouvent que des pères infectés ont procuré des enfants parfaitement sains, ce qui n'avait nul besoin d'être prouvé; c'était classique. Ce fait d'ailleurs n'est pas seulement noté en syphiliographie, il se reproduit dans toute la pathologie : ainsi un rachitique très-difforme peut très-bien procréer un enfant sans difformité et il est des fous qui font des enfants très-sages; ce qui n'empêche pas le rachitis et la folie d'être des maladies héréditaires. Après avoir prouvé ce qui était prouvé, notre estimable collègue prouve ce qu'il ne voulait pas prouver. En effet on verra dans son travail que des sujets porteurs d'accidents secondaires ont communiqué la syphilis à la mère, laquelle alors a mis au monde des enfants gâtés. Or, M. Cullerier n'admet pas la transmissibilité de l'accident secondaire. M. Huguier n'a pas manqué de faire cette remarque pendant la discussion. D'ailleurs on lira avec intérêt la thèse de notre collègue; elle est insérée dans le tome IV des Mémoires de la Société de chirurgie [2]. Mais il faudra lire ensuite l'antithèse de M. Mayr, de Vienne, qui n'accuse que le père. L'infection du produit de la conception ne pourrait avoir lieu que par lui [3]. Si on prenait les thèses absolues et les plaidoyers qui innocentent tantôt le père et tantôt la mère pour ce qu'elles valent et si on invoquait les grands faits de physiologie pathologique, on arriverait à

[1] Voyez le compte rendu de la discussion sur le pemphigus des nouveaux nés (*Gazette médicale*, nº de septembre 1851).

[2] On y verra une observation qui pour tout lecteur non prévenu prouve très-bien la contagion de l'accident secondaire.

[3] *Annales de la syphilis et des maladies de la peau*, t. IV.

reconnaître qu'une cause morbide, un virus, peut être absorbé par une mère sans qu'elle en éprouve les effets, lesquels ne se manifesteront que sur l'enfant. Hunter, qui est cependant cité comme opposé à l'hérédité paternelle, dit très-bien : « Le pus infectant peut, sans avoir produit l'action syphilitique dans les tissus de la mère, être porté à l'enfant tel qu'il a été absorbé et développer chez lui la même action morbide qu'il eût développée chez la mère[1]. » On sait aussi qu'il existe des observations établissant que la variole s'est développée sur le fœtus tandis que la mère n'offrait aucune trace de cette éruption.

L'impression du sperme d'un époux syphilitique sur les ovaires peut être telle que non-seulement le premier produit pourra être influencé par lui, mais encore d'autres produits, et cela, après une copulation par un époux différent. Le fait que voici, observé pendant que je dirigeais le service à Lourcine, rendra mon idée. C'était une femme dont le premier mari avait une vérole très-rebelle; elle eut de ce lit un enfant qui mourut avec les signes les plus évidents de la syphilis. Cette même femme après la mort de son mari contracta un nouveau mariage avec un homme complétement sain; elle était saine aussi, c'est-à-dire rien de syphilitique ne pouvait être constaté chez elle. Eh bien, quatre ans après la première union, et après des rapports *seulement* avec le nouveau mari, elle mit au monde un enfant syphilitique.

Ce fait me paraissait inexplicable, surnaturel, et j'avoue que je l'aurais fortement mis en doute si je n'avais été moi-même l'observateur. Mais, depuis, la physiologie comparée m'a prouvé qu'il était dans les lois naturelles. J'ai appris, en effet, que certaines femelles peuvent donner des produits portant les marques du premier mâle qui les a couvertes, et cela, quand elles ont été séparées depuis longtemps de ce premier mâle et qu'elles ont été saillies après par un autre mâle. Je lis, en effet, dans le livre de M. Acton qu'un lord étant aux Indes voulut obtenir une race de chevaux croisée par le zèbre. Il fit donc couvrir une jument par un zèbre. Le produit fut un poulain qui avait des marques très-caractérisées du zèbre, entre autres des bandes noires sur les jambes, les épaules. Cette jument fut éloignée ensuite du zèbre et livrée à des chevaux. Elle mit bas trois fois, et chaque fois le poulain portait des marques distinctives du zèbre, depuis longtemps absent. Ainsi, par l'acte de la première fécondation, l'impression du zèbre a été telle sur la femelle que non-seulement l'œuf fécondé par lui, mais les trois autres fécondés par les chevaux, ont donné lieu à des produits zébrés.

[1] Hunter, édition de 1854, p. 564.

On sait d'ailleurs, depuis longtemps, qu'une chienne de bonne race, fécondée d'abord par un chien qui n'est pas de race, ne fera que des espèces de métis dans les deux ou trois portées qui suivront sa copulation avec le chien sans race, et cela quoique ces portées soient du fait d'un chien de race.

§ 3. — *Influence combinée du père et de la mère.*

Après avoir examiné l'influence du père et de la mère, je dirai quelques mots sur l'influence des époux tous deux infectés. On a prétendu que quand le père et la mère étaient syphilitiques au moment de la procréation, l'enfant devait être fatalement infecté. C'est une exagération. Il est évident qu'alors le produit a énormément de chances malheureuses; mais il peut encore naître complétement sain; j'en ai des preuves. Bien plus, il peut arriver qu'une seule vérole, venant de l'un des parents, soit plus fatale au produit que les deux combinées. Je m'explique : deux époux peuvent procréer au moment où, chez eux, la syphilis est presque sans activité, à une époque de déclin peu favorable à sa transmission. L'enfant, alors, n'est pas plus exposé; il l'est même moins que l'être engendré pendant qu'un seul de ses parents est syphilitique, mais au moment où la vérole est très-active et très-communicable. On voit que je suis loin d'adopter l'hypothèse que voici: des deux époux, dont l'un est malade et l'autre sain, celui-ci assurerait l'innocuité de l'enfant. Cette hypothèse, ou pour mieux dire ce rêve, appartient aux *positivistes.*

Maintenant, autre question : les deux époux étaient sains, ils n'avaient jamais eu aucun symptôme syphilitique quand la conception a eu lieu, la grossesse existe, l'œuf est sain ; eh bien, cet œuf peut-il subir l'infection syphilitique par l'effet du père seul, lequel a contracté la vérole après la grossesse ?

Ici la science ne s'est pas prononcée. On a raisonnablement supposé la négative et l'on a pensé que, pour que l'œuf fût infecté, il fallait que la mère le fût d'abord.

§ 4. — *Influence de la nourrice sur l'enfant, de celui-ci sur la nourrice et sur ceux qui lui donnent les premiers soins.*

L'enfant qui vient de naître peut trouver dans le lait de sa nourrice, sur le sein qu'elle lui offre un poison au lieu d'un aliment salutaire; à son tour, il peut empoisonner celle qui lui donne son lait. En effet, des nourrices sous l'influence de la diathèse syphilitique et n'ayant néanmoins aucun symptôme apparent de cette diathèse ont communiqué la vérole à des enfants très-sains nés de parents sains. Ici le lait aurait été alors le véhicule du poison. On a pensé aussi que des enfants ont

infecté leur nourrice par la salive qu'ils déposent si souvent sur le mamelon pendant l'allaitement. Néanmoins il est bon d'ajouter que les observations qui prouvent cet échange de poison entre le nourrisson et la nourrice ne portant aucun symptôme syphilitique, le nourrisson à la bouche, la nourrice au mamelon, que ces observations sont rares et manquent, en général, des caractères qui portent la conviction dans l'esprit. Mais l'analogie vient à leur appui. En effet il est généralement reconnu et cela même par les partisans les plus compromis de Hunter, que le sperme peut donner la vérole ; or la salive et le lait sont des produits de sécrétion tout comme le sperme, ils peuvent donc devenir comme lui le véhicule du virus syphilitique. Je le répète, les faits à l'appui de cet empoisonnement par le lait et la salive, indépendamment de toute expression extérieure de la vérole, sont très-difficiles à établir. Il serait bien plus difficile de décider dans certains cas, quand les symptômes syphilitiques se manifestent, quel est du nourrisson ou de la nourrice celui qui a communiqué le poison.

Pour ce qui est de l'infection de l'enfant par la nourrice portant des accidents syphilitiques, rien de mieux prouvé. C'est presque toujours au sein que ces accidents s'observent. Mais on a été en désaccord sur la forme syphilitique qui s'inoculait. Ceux qui n'admettent que le chancre comme pouvant transmettre la vérole ont prétendu nécessairement que la nourrice portait un chancre quand elle a infecté son nourrisson. D'abord rien de plus rare que le chancre du sein, tandis qu'il n'y a rien de plus fréquent que la syphilis communiquée par le sein. D'ailleurs je reviendrai sur cette question.

Quant à l'infection de la nourrice par le nourrisson porteur des lésions qui constituent la diathèse syphilitique, rien n'est mieux prouvé et les observations abondent. Tous les médecins un peu répandus, tous les accoucheurs ayant une certaine clientèle, et surtout ceux qui traitent spécialement les maladies de l'enfance, possèdent des faits qui prouvent cette contagion. On en trouve dans les livres des syphiliographes qui admettent la transmissibilité de l'accident secondaire et même dans les auteurs qui la rejettent. Ainsi Hunter contient plusieurs faits de cette nature. Voici l'analyse du premier. On le trouve aussi dans le livre de M. Bouchut qui se prononce en faveur de la contagion.

Un enfant fut accusé d'avoir transmis la maladie vénérienne à sa nourrice. Le père a eu une gonorrhée deux ans avant son mariage et quatorze ans avant la naissance de l'enfant. La mère a un premier enfant, puis un second, qui vinrent bien portants. Le troisième arriva mort à la fin du cinquième mois. Le quatrième vint prématurément à sept mois, à peine recouvert d'épiderme, atteint de dyssenterie, et il mourut presque

aussitôt. Le cinquième vint à huit mois, très-chétif, et offrit au bout de quelques jours sur le corps et dans la bouche un grand nombre de vésicules remplies d'un pus clair; il mourut au bout de trois semaines; on l'avait confié à une nourrice. Celle-ci peu après la mort de l'enfant eut des *ulcères au mamelon*, puis des *glandes dans l'aisselle*, puis *très-mal à la gorge* sans lésion locale, puis une *éruption sur la peau* avec chute de l'épiderme des mains et des doigts, puis des onyxis avec chute des ongles aux mains et aux pieds.

Hunter, dit M. Bouchut, vient de nier la syphilis de l'enfant et de la nourrice. Chez cette dernière il ose même attribuer au mercure l'ulcération des doigts et la chute des ongles. Mais une remarque à faire c'est que Hunter, en niant la syphilis, ne peut dire quelle maladie il a eue sous les yeux. Ce n'est pas la syphilis : faites-en ce que vous voudrez.

Voici une autre observation de Hunter. Elle est reléguée dans un coin où, dit M. Bouchut, il est assez difficile de la trouver; elle est dissimulée sous le titre de *maladie ressemblant à la syphilis*. Hunter a toutes les faiblesses des hommes systématiques, qui écartent ce qui les gêne. Un fait se rencontre qui ne cadre guère avec la théorie, c'est le fait qui a tort, et il forme une aberration de la nature. Ainsi le veulent les maîtres de la nosologie [1].

Une dame nourrit deux enfants et donne au sien le sein droit, à l'autre le sein gauche; au bout de six semaines le mamelon gauche s'ulcère et tombe par suite des progrès du mal; la cicatrisation eut lieu trois mois après le début des accidents. Alors, l'enfant étranger avait la respiration courte, des aphthes dans la bouche, et il mourut de consomption, le corps couvert d'ulcères. Bientôt après la nourrice avait des douleurs lancinantes dans diverses régions et eut sur les bras et sur les cuisses une éruption de plaques dont plusieurs devinrent des ulcères. Elle fut soumise à un traitement mercuriel.

Trois ans après elle eut un enfant dont l'épiderme se détachait sur plusieurs points, dont le corps présentait une éruption squammeuse, et qui mourut au bout de neuf semaines.

On l'avait confié à une nourrice, celle-ci, peu après, eut une céphalalgie, de la douleur dans la gorge et des ulcérations sur les seins; entrée dans un hôpital, et traitée par le mercure, elle sortit non guérie au bout de quelques mois. Les os du nez et du palais s'exfolièrent et quelques mois après elle mourut dans un état de consomption.

La dame se traita par les bains de mer et la tisane de Lisbonne. Ses ulcères aux bras et aux cuisses guérirent en un mois. Un an après elle

[1] Je me plais à citer textuellement M. Bouchut, pour prouver que la partie vive, jeune du personnel médical réagit aussi contre les doctrines huntériennes.

eut un enfant très-faible, qui mourut à la fin du mois. Enfin après dix mois elle vit les ulcères s'ouvrir de nouveau, suppurer pendant une année et disparaître pour toujours.

Quelle est cette maladie, dit M. Bouchut, qui passe de l'enfant au sein d'une femme, qui infecte l'organisme, amenant des plaies sur la peau, qui fait que cette femme donne le jour à un enfant couvert d'ulcères, lequel infecte une autre nourrice dont les seins, le pharynx, les os sont si gravement atteints, qu'elle périt? Qu'est-ce donc si ce n'est la *syphilis* ou la *syphiloïde*, mal que Hunter a cherché sans pouvoir le rencontrer? car il y pensait, en disant à propos de ce fait qu'il se forme chaque jour des poisons nouveaux qui ressemblent beaucoup au poison vénérien; de sorte que ce n'est pas par les points de ressemblance, mais par ceux de dissemblance qu'il faut les juger [1].

Comme on le pense bien, cette observation de Hunter, si opposée à sa doctrine, a trouvé d'autres commentateurs. Ainsi M. Cazenave dit dans son journal : Si l'on examine l'ensemble des phénomènes que présente l'observation recueillie par Hunter, on voit une femme qui adopte un nourrisson étranger et qui lui donne spécialement le sein gauche. Or c'est le mamelon de ce côté qui devient le siége d'ulcérations qui détruisent complétement le point affecté. Ces ulcères sont compliqués d'engorgement ganglionnaire de l'aisselle ; et, pour dernier trait de la première partie de cette histoire, le nourrisson adoptif meurt avec tous les signes d'une cachexie avancée. Plus tard cette même femme met au monde un second enfant, et elle le confie à une nourrice étrangère. L'enfant meurt avec une éruption squammeuse qui lui couvrait tout le corps. Quant à la nourrice elle est affectée d'ulcères aux seins, de céphalalgie, de nécrose des os du nez et du palais, elle meurt cachectique. Enfin, pour achever de caractériser ce triste épisode, la mère de ces deux enfants en a un troisième, qui meurt aussi au bout d'un mois, et elle ne guérit qu'après plusieurs récidives et une foule de traitements. Il est difficile de ne pas voir dans ce fait un exemple et une preuve nouvelle de la possibilité de l'infection de la nourrice par l'enfant, de la contagion par le fait de ce dernier, et de la transmission indéfinie de la syphilis par cette voie. Aussi, comme Babington, ne pouvons-nous pas admettre le mérite de l'argument négatif puisé dans la prétendue non-contagion des accidents secondaires. C'est sur ce dernier point cependant que se sont fondés les syphiliographes de l'école dite moderne pour nier cette espèce d'infection autrement que par le chancre primitif [2].

[1] Bouchut, *loc. cit.*

[2] *Annales de la syphilis et des maladies de la peau,* cahier d'août 1851.

Babington, l'annotateur judicieux de Hunter, admettant la contagion de la syphilis de la mère à l'enfant et de celui-ci à la nourrice, commente, ou pour mieux dire, combat son compatriote, et le combat par un grand nombre de faits qui prouvent cette contagion. Il cite avec beaucoup de soin les phénomènes syphilitiques, observés chez le nouveau né infecté par ses parents, et il n'hésite pas à reconnaître que les personnes qui ont des rapports très-intimes avec un enfant atteint de cette maladie peuvent recevoir de lui l'infection. La contagion, selon lui, pourrait avoir lieu indéfiniment. Babington pense (et cela doit être noté avec soin) qu'il est au moins très-difficile de nier que les faits du genre de celui que citait Hunter ne soient l'effet du virus vénérien, même en admettant que, chez les enfants, les symptômes syphilitiques ne soient pas précisément les mêmes dans leur marche, dans leur aspect que chez les adultes. Pour lui, enfin, il est impossible d'admettre l'argument de Hunter, que les symptômes secondaires ne communiquent point l'infection.

Enfin M. Ricord ajoute cette note à celle de Babington :

« Je partage ici complétement l'avis de M. Babington, seulement je pense que, jusqu'à présent, on n'a pas su encore bien déterminer la nature absolue des accidents qui peuvent se transmettre des enfants aux nourrices ; et que tel accident réputé secondaire, transmissible, pouvait bien avoir été d'abord primitif ; comme aussi dans quelques cas, telle nourrice qui disait avoir été infectée par son nourrisson pourrait bien avoir contracté la syphilis autrement. Quoi qu'il en soit, dans l'état actuel de la science, si l'explication laisse encore beaucoup à désirer pour satisfaire complétement tous les esprits, il existe un grand nombre d'observations incontestables de syphilis transmises du nourrisson à la nourrice et *vice versa* [1]. »

Qu'importe que tel accident secondaire de l'enfant ait pu être d'abord primitif, s'il se transmet quand il est à l'état secondaire, la question est résolue dans le sens des contagionnistes. Qu'importe aussi que la nourrice accuse quelquefois à tort l'enfant de lui avoir transmis le mal, tandis qu'elle l'avait déjà gagné autrement ; cela est possible, mais il n'en est pas toujours ainsi. Voyez le sort de ces malheureuses femmes : quand elles n'ont montré que des accidents secondaires on leur a opposé que les primitifs étaient passés; quand les antécédents du mari ont prouvé qu'il n'avait jamais été atteint de syphilis on a supposé quelqu'un autre qui leur aurait donné un chancre. Tout cela peut exister, mais il n'est pas moins vrai que certaines d'entre elles ont pu être complétement visitées avant de recevoir leur nourrisson

[1] Hunter, 2e édition, p. 776.

et que c'est après constatation d'une santé parfaite que celui-ci leur a été confié.

Voici un fait que personne ne récusera. M. P...., plusieurs jours après un coït suspect, contracta un chancre, sur le prépuce. Dans les premiers jours de l'existence de ce chancre, ne s'en étant pas encore aperçu, il voit sa femme grosse alors de sept mois, et lui communique un chancre semblable. Je les traite l'un et l'autre par la liqueur et les sudorifiques. Le mari est guéri dans vingt cinq jours. L'ulcère de la femme guérit aussi facilement, mais il lui survient des papules cuivrées sur le front et des ulcérations sur les amygdales. Sur ces entrefaites, elle accouche d'un enfant bien portant en apparence; cet enfant est donné à une domestique fille qu'on avait séduite et qui était allée faire ses couches dans une maison de santé. Cette nourrice examinée d'abord dans les parties génitales, comme partout ailleurs, ne m'offre aucun signe de maladie. On la surveille continuellement et elle ne sort qu'avec la mère de l'enfant. Dix-huit jours après la naissance de l'enfant, il paraît sur ses fesses, sa poitrine et ses joues des taches rougeâtres, élevées; au centre apparaît une pustule; à la pustule succède un ulcère arrondi caractéristique, en un mot, ce sont de véritables pustules d'ecthyma syphilitique. Pendant douze à quinze jours la nourrice n'offre encore rien de nouveau, mais alors quelques ulcérations à fond grisâtre, inégales, découpées, se montrent autour des deux mamelons; une ulcération semblable envahit la commissure des lèvres; des tubercules plats (pustules humides) se manifestent à l'anus et des taches cuivrées furfuracées sur diverses parties de la peau.

« Un traitement par le sirop de Cuisinier et la liqueur, donné à la nourrice, et des bains de sublimé donnés à tous les deux amènent au bout de quarante-cinq jours, la guérison de l'un et de l'autre. Quant à la mère de l'enfant, elle fut guérie par la continuation du même traitement que l'on put reprendre après sa couche [1].

D'ailleurs, il y a une comparaison à faire qui me paraît résoudre la question de transmissibilité des accidents secondaires de l'enfant à la nourrice. Le chancre est si rare, qu'on serait fort en peine d'assigner seulement son siége le plus spécial, et l'on ne trouve sa description nulle part. Pour mon compte, écrit M. Gibert, je n'ai jamais vu de symptômes primitifs chez le nouveau-né [2]. « M. Diday dit en propres termes : « si dans ces derniers temps on a vu les observations de chancre « primitif transmis à l'enfant devenir plus communes, cela tient à ce

[1] Baumès, t. I, p. 169 et suivantes.

[2] *Manuel des maladies vénériennes.*

« qu'une théorie *intéressée* à expliquer par ce mode d'origine tous les « cas d'affections communiquées durant l'allaitement recueillait avec « soin *les moindres occasions* d'en multiplier les exemples [1].» Est-ce clair? Maintenant comparez à l'extrême rareté des observations de chancre chez l'enfant malgré le soin qu'on met à les trouver, comparez ce peu de fréquence à la fréquence de l'infection de la nourrice par l'enfant, fréquence avouée même par mes adversaires, et il vous sera impossible de ne pas convenir que, dans cette contagion, la syphilis dite *secondaire* joue le principal rôle, que c'est elle qui infecte le plus souvent les nourrices.

Malgré les faits, les aveux des maîtres de l'école Huntérienne et qui les obligent à admettre plus ou moins explicitement la contagion de la syphilis secondaire chez l'enfant, il est des élèves de cette école qui soutiennent encore le système quand même. Ce sont surtout M. Acton en Angleterre, M. Cullerier fils en France, lesquels ont écrit contre cette double contagion de la syphilis secondaire de l'enfant à la nourrice et de celle-ci à l'enfant. Ce dernier confrère a surtout développé son opinion dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, et l'a appuyé sur des faits qui lui auraient prouvé que l'enfant infecté n'a rien communiqué à sa nourrice et que celle-ci en pleine vérole n'a rien transmis à son nourrisson. Mais ces faits de M. Cullerier, comme ceux de M. Acton, ne peuvent avoir qu'une valeur négative; ils ne peuvent rien contre les faits confirmatifs qui ici sont très-nombreux. Ces deux médecins prétendent que, dans certaines circonstances, certains symptômes syphilitiques des enfants ne se transmettent pas. Or, je doute qu'ils trouvent un seul contradicteur. Celui qui dirait que, dans certaines circonstances certains chancres ne s'inoculent pas ne serait pas contredit non plus, car cela ne prouve pas que les mêmes accidents, dans d'autres circonstances, ne soient pas transmissibles.

M. Cazenave, qui combat Hunter et ses élèves, cite dans son journal une observation très-remarquable, dans laquelle on voit une nourrice saine allaitant depuis trois mois un enfant sain aussi, puis, recevant un nouveau nourrisson malade, et à partir de cette époque : 1° Infection du premier nourrisson retiré chez sa mère, 2° infection de celle-ci, 3° d'une petite sœur. 4° Enfin la nourrice enceinte devient malade aussi, et met au monde un enfant également infecté.

« Maintenant, dit M. Cazenave, à cet enchaînement curieux de faits, à cette succession de phénomènes d'infection, si rapidement entés les uns sur les autres, y a-t-il deux explications?

[1] *Syphilis des nouveaux nés*, p. 79. — Ce livre est rempli de preuves contre la théorie *intéressée.*

« Dans l'une, en vertu du principe de la non-contagion absolue des symptômes secondaires, pour trouver la clef de cette série d'accidents, il faudra accumuler hypothèse sur hypothèse, à commencer par celle qui supposera que la nourrice a pu être infectée par un ulcère primitif existant chez son second nourrisson qui est resté pour nous inconnu. Si l'on doit tenir compte du soin minutieux avec lequel ont été relevés tous les détails de cette curieuse histoire, des investigations multipliées et persévérantes dont les divers individus infectés, ont été l'objet, il n'y a pour le fait dont nous nous occupons ici qu'une explication naturelle qui résulte tout simplement de l'observation. Le second nourrisson a été le point de départ, le premier chaînon resté seul inconnu de la série des phénomènes observés qui ont débuté par l'infection de la nourrice et de la fille O... Celle-ci a communiqué la syphilis à sa mère, celle-ci à la fille aînée; enfin la nourrice a mis au monde un enfant malade aussi, même après un traitement, il est vrai, fort incomplet. Il faut remarquer surtout un point des plus importants de cette curieuse observation, c'est dans l'identité de l'expression phénoménique chez les divers individus affectés; ainsi nulle part il n'y a trace de chancre, toujours et partout c'est la plaque muqueuse.

« Avant de revenir en détail sur cette circonstance, je ne puis m'empêcher de faire remarquer que c'est par là que cette observation diffère de celle de Hunter, qui l'une et l'autre conduisent, il est vrai, à la possibilité du même fait, savoir la contagion, mais à des conditions bien différentes, en vertu desquelles dans l'une la contagion est nécessairement plus constante que dans l'autre, et nous verrons plus loin que l'explication des phénomènes relatés dans notre observation ne s'éloignerait pas tant de l'opinion de nos contradicteurs, si ceux-ci n'étaient pas comme fatalement liés par *leur syphilis primitive*.

« Enfin nous avons été frappés aussi d'une sorte de régularité dans la période d'incubation. Ainsi, chez la nourrice, les symptômes syphilitiques se développent à peu près en même temps que chez la première fille d'O...; ainsi cette dernière signale l'apparition des premiers phénomènes de l'infection dont elle est atteinte, après un laps de temps à peu près égal à celui que mettent à se développer les accidents dont est saisie la fille aînée [1]. »

M. Cullerier neveu, le praticien recommandable auquel j'ai succédé à l'hôpital du Midi, était contagioniste. Il a fait imprimer ceci :

« Mais si nous signalons le faible degré de contagion dont jouissent les symptômes syphilitiques consécutifs, nous ne prétendons pas qu'ils

[1] *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, loc. cit.

ne puissent jamais se communiquer par le contact. Des faits bien observés prouvent, au contraire, que certains d'entre eux sont susceptibles de se transmettre directement, et l'on ne saurait absolument affirmer qu'il n'en est pas ainsi des autres.

« Une femme mariée et de bonnes mœurs se présenta à l'hôpital des Vénériens avec un enfant âgé de dix mois seulement, et fit le récit suivant : Je n'ai jamais eu d'affection vénérienne, et mon mari jouit de la meilleure santé; je suis accouchée il y a dix mois de cet enfant, qui était fort et bien portant. Je pris chez moi un nourrisson d'une femme que je ne connaissais pas; ce nourrisson était extrêmement maigre et avait le corps couvert de boutons semblables à ceux que vous voyez. N'ayant aucun soupçon sur la nature de ce mal, j'allaitai cet enfant ainsi que le mien; souvent je les couchais ensemble, et je confondais leurs petits vêtements. Bientôt je m'aperçus qu'il se développait sur le corps de mon enfant des boutons semblables à ceux qu'avait mon nourrisson; et bien que ce dernier n'eût point de mal à la bouche, il me survint sur le sein, le dos et la poitrine, de larges croûtes, dont quelques-unes existent encore. Le nourrisson mourut bientôt après, et ce n'est que lorsque mon enfant fut arrivé à un état de maigreur extrême qu'un médecin, qui fut appelé, reconnut que nous avions tous deux une affection vénérienne.

« L'enfant était, en effet, dans un état déplorable, tout son corps étant couvert d'une syphilide pustuleuse; la mère offrait aussi dans différentes régions de semblables boutons qui ne laissaient aucun doute sur leur nature : le mamelon n'avait jamais été malade. »

Ainsi voilà un enfant qui communique la vérole à sa nourrice et à un autre enfant. On va voir maintenant la contagion s'étendre davantage.

Un autre fait, dit l'auteur, peut également être cité en faveur de la contagion des symptômes consécutifs. Une femme est entrée à l'hôpital avec ses deux filles, l'une âgée de onze ans et l'autre de sept. Voici son rapport : J'habite la campagne (dix lieues de Paris); j'avais quatre enfants, et tous, ainsi que leur père et moi, avions toujours joui d'une bonne santé. Il y a huit mois, j'ai pris chez moi un enfant trouvé, âgé de deux ans; il était assez chétif, avait des boutons sur le corps et mal dans la gorge. Nous lui donnions à manger de la soupe avec la cuiller dont nous nous servions en dînant, et il buvait au même verre que nous. Bientôt une de mes filles se plaignit d'un violent mal de gorge; ce mal augmenta, et elle succomba dans l'espace de six semaines environ; le nourrisson mourut aussi; mais je m'aperçus presque aussitôt que j'avais également mal dans la gorge, et mes deux filles que voici se plaignirent en même temps de la même maladie; leur père n'en souf-

frit aucunement et continua de jouir d'une bonne santé. «Un médecin fut appelé, et, pensant que c'était un mal vénérien, nous fit faire des frictions avec l'onguent mercuriel; mais le mal de gorge ne diminuant pas, je me suis décidée à entrer à l'hôpital. « Ces trois malades présentaient effectivement une ulcération de la paroi postérieure du pharynx, qui fut jugée de nature syphilitique. Elles sortirent guéries, après quelques mois d'un traitement mercuriel; mais l'aînée des petites filles rentra bientôt après pour une éruption pustuleuse qui couvrait tout le corps, et fut guérie cette fois par des fumigations de cinabre.»

Ces faits et cette opinion sur la transmissibilité des accidents secondaires sont consignés dans le livre de M. Lucas-Championnière, livre écrit pour ainsi dire sous la dictée de Cullerier neveu [1].

Des faits analogues ont d'ailleurs été observés, je le répète, par presque tous les praticiens un peu répandus. J'en possède plusieurs des plus curieux. Celui qui m'a le plus frappé se rapporte à une petite fille qui avait des plaques muqueuses à la bouche; elles lui avaient été communiquées par un nourrisson qui avait été confié à sa mère. Cette petite fille fut mise en sevrage aux environs de Paris, dans une de ces maisons où l'on abandonne à peu près les enfants quand on veut en nourrir d'autres, moyennant salaire. Dans cette maison de sevrage, il n'y avait qu'un verre en étain pour six petites filles. Je ne sais si ce fut là l'intermédiaire, mais quatre qui étaient auparavant très-saines furent affectées de plaques muqueuses à la bouche, aux parties génitales, un mois après l'arrivée de la nouvelle pensionnaire dont j'avais constaté l'affection syphilitique avant son départ pour la campagne.

ARTICLE III.

Diagnostic.

Le diagnostic des maladies des nouveaux nés peut offrir de grandes difficultés. Ses éléments n'existent pas seulement chez l'enfant, mais chez la mère, le père, la nourrice.

Les syphilides chez l'enfant se rapprochent beaucoup de celles de l'adulte. Il en est qui peuvent simuler d'autres affections de la peau non syphilitiques. Ainsi l'érythème simple, l'impétigo non syphilitique, ces éruptions peuvent être prises pour des syphilides. Mais l'érythème simple est facilement et avantageusement modifié par des soins de propreté, des pansements avec des poudres inertes, celui qui

[1] Ce livre, en effet, est précédé d'une lettre de Cullerier qui commence ainsi : « L'ouvrage que vous publiez est l'expression fidèle de mes opinions sur la nature « et le traitement de la syphilis. »

est syphilitique résiste opiniâtrément à ces moyens. Quant à l'impétigo, il est entouré plus ou moins d'un cercle rouge brun. Les deux affections d'ailleurs marchent toujours avec d'autres syphilides. Ainsi on verra, planche 6, un impétigo à la racine du nez qui est entouré par des pustules d'ecthyma caractéristiques.

M. Trousseau pense que la teinte jaune bistre est plus particulière aux syphilides des enfants que la teinte cuivrée. Ceux qui ont pu suivre les discussions sur le pemphigus des enfants ont pu constater les difficultés qu'on rencontre encore pour établir le diagnostic de celui qui est syphilitique. Des syphiliographes pensent même que, dans l'état de la science, ce diagnostic est impossible. J'ai cependant cherché à l'établir quand j'ai décrit cette syphilide de l'enfance.

Selon M. le professeur Trousseau, il y a un symptôme ou un accident qui a une grande valeur quand il s'agit d'établir le diagnostic d'une affection syphilitique de l'enfance ; c'est l'état fendillé des pieds, des mains. Ce symptôme trompe rarement. Malheureusement il n'existe pas toujours.

Certaines affections de la bouche et des lèvres, comme les aphthes, le muguet, peuvent en imposer pour une affection syphilitique, surtout s'il existe en même temps sur la peau de l'enfant une éruption quelconque. Cette erreur est d'autant plus facile, que certains aphthes non syphilitiques sont contagieux. Il faut donc alors examiner avec le plus grand soin la nature de l'affection cutanée de l'enfant, examiner, interroger les parents, pour ne pas commettre une erreur qui conduit à un traitement mercuriel pouvant avoir ici des dangers. Quand l'affection n'est pas syphilitique, elle est modifiée très-avantageusement par certains topiques : par exemple une légère cautérisation avec l'azotate d'argent fait facilement changer l'aspect des affections simples. C'est surtout pour les gerçures des angles des lèvres que ce résultat est bien marqué. Mais à mesure que l'affection s'avance dans la bouche, qu'elle gagne la gorge, il devient toujours moins facile d'établir un diagnostic à cause des difficultés de l'exploration de cette cavité chez l'enfant. Aussi est-il souvent impossible au praticien d'assurer à une nourrice qu'il lui confie un enfant tout à fait sain.

Quand les symptômes offerts par l'enfant sont douteux, on devra aller à la source supposée du mal, vers les parents. On examinera, on interrogera donc la mère et le père. Mais la mère ne porte pas toujours des accidents franchement syphilitiques; ils peuvent être douteux; bien plus, elle peut être délivrée de tout accident, et même ne jamais avoir été syphilitique. Le père laissera quelquefois le médecin dans les mêmes incertitudes, si les accidents ont disparu, surtout si c'est depuis

longtemps. Il a quelquefois intérêt à déguiser la vérité, à nier toute atteinte syphilitique. Enfin il se glisse quelquefois dans la famille un troisième membre tout à fait illégal. Alors la mère et le père de l'état civil peuvent être très-sains, et l'infection de l'enfant être le fait du parasite toujours très-difficile à saisir.

On voit donc de quelle obscurité sont entourées les questions à résoudre, quand il s'agit de la syphilis infantile. Et cependant ces questions peuvent être posées tous les jours au médecin, et par les parents, et par la justice.

J'approuve certainement les praticiens qui recherchent surtout les éléments de conviction dans la science, et, en général, je me méfie aussi de la véracité, de la moralité des personnes, surtout quand elles peuvent avoir intérêt à tromper. Cependant il faut convenir qu'il est certains cas où l'enquête morale entreprise par des hommes bien placés pour cela peut fournir des résultats bien autrement capables d'entraîner une conviction, qu'une donnée qualifiée de scientifique et puisée dans un seul symptôme. Ainsi, il est tel médecin honorable de campagne tellement instruit de tout ce qui se passe dans sa clientèle, tellement en position de connaître la moralité des familles, que sa déposition concernant une nourrice devra être du plus grand poids dans le jugement à porter dans une affaire de dommages et intérêts, surtout s'il n'a pour contradicteurs que des syphiliographes depuis longtemps compromis dans un système reconnu faux. Les tribunaux commencent à se préoccuper de la facilité trop grande avec laquelle on accuse les nourrices. Ainsi, récemment, le tribunal de Meaux faisait donner 200 francs de dommages et intérêts à une nourrice infectée par son nourrisson, parce que deux médecins recommandables du pays avaient établi que celui-ci avait porté le poison dans la famille de la nourrice, et ce jugement fut rendu malgré un certificat contradictoire de M. Ricord [1].

ARTICLE IV.

Pronostic.

Le pronostic de la syphilis infantile est généralement grave, car un être dont la formation et la nutrition ont été continuellement influencées par un virus, par un poison, est un être fortement compromis. Il faut ajouter aussi l'acuité des symptômes, l'étendue des lésions et la fréquence de celles qui portent sur les viscères. Mais je dois dire que tous les enfants nés de parents syphilitiques ne sont pas pour cela infectés, et il me faut protester encore une fois contre la sen-

[1] Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1851, et le livre de M. Bouchut, p. 894.

tence de Sylvaticus, qui condamnait à mort tous les enfants ayant une pareille origine. Même avec la syphilis, l'enfant vient, quelquefois avec des forces, et, comme on le dit, vivace; alors, s'il est traité de bonne heure, le pronostic est moins grave, car il n'est pas rare d'obtenir la guérison : je répète, si l'enfant est traité de bonne heure; j'ajoute, s'il est bien traité. Il faut savoir que la nature est bien moins puissante chez l'enfant que chez l'adulte. A ce dernier âge, il n'est pas rare d'observer des guérisons qui peuvent et doivent être attribuées aux forces de l'organisme. Il n'en est pas de même chez l'enfant; chez lui, la guérison sans traitement est une exception des plus rares. Le pronostic reprend toute sa gravité, ou du moins il sera très-réservé, si l'enfant naît chétif et d'une mère malade, débilitée, et quand il y a eu d'abord négligence soit pour le traitement, soit pour l'hygiène. Ce sont là les causes de l'effrayante mortalité des enfants qui naissent avec la syphilis.

M. Acton a constaté, sur une mortalité de 303 enfants syphilitiques, que la période la plus fatale était celle des dix premiers mois de la vie. Souvent, s'ils dépassent ce terme, ils languissent peu à peu et s'éteignent avant d'avoir fini leur année. Si par les forces de la nature, par un traitement bien dirigé, une bonne hygiène, l'enfant franchit heureusement le premier anniversaire de sa naissance, il aura beaucoup de chances pour être complétement élevé.

On a avancé que l'être qui avait été infecté pendant la conception même était plus compromis, arrivait avec une vérole plus grave que celui qui n'était infecté qu'après la conception, à une certaine époque de la grossesse. C'est là une assertion dont les preuves directes manquent. Ce qui est plus généralement admis, c'est le développement plus précoce des accidents syphilitiques chez l'enfant qui vient de naître, quand il a été engendré par un père syphilitique.

Les parents syphilitiques peuvent encore nuire à leur famille même quand ils ne leur transmettent pas la vérole. Comme on a toujours supposé des rapports entre la syphilis et les scrofules, on a prétendu que les enfants nés de parents vérolés, quand ils n'étaient pas syphilitiques, étaient scrofuleux. On a même voulu indiquer à quelle période de la syphilis les parents procréent des scrofuleux : ce serait la période dite tertiaire.

D'abord ce ne sont pas seulement les scrofules que les parents lèguent à leurs enfants quand ils ne leur transmettent pas la syphilis, puisqu'on a admis qu'ils pouvaient être cause de toutes les maladies du cadre nosologique le plus complet. Ils peuvent avoir une famille composée d'êtres imparfaits, inachevés physiquement et moralement, traînant une existence malheureuse, sans jeunesse, sans force contre la douleur,

sans goût pour le plaisir, et s'éteignant ou succombant sous la moindre atteinte morale ou physique. Mais ces êtres, qui portent l'empreinte de la débilité n'offrent quelquefois aucun des caractères des scrofules. On ne peut pas même dire qu'ils sont malades, mais ils sont toujours sur le point de le devenir. Ainsi la syphilis des parents peut agir directement et indirectement sur la famille.

ARTICLE V.

Traitement.

Le traitement soulève des questions très-complexes et fort embarrassantes, car le praticien doit avoir en vue non-seulement les enfants, mais les futurs enfants; non-seulement les époux, mais les futurs époux. Commençons par ceux-ci; c'est la véritable manière de commencer la prophylaxie de la syphilis infantile.

Un praticien qui se respecte ne doit jamais consentir au mariage de quiconque porte le moindre symptôme de la maladie vénérienne. Si les futurs époux ont eu une affection syphilitique dont ils ne portent plus aucune trace, le praticien devra s'enquérir du traitement qui aura été institué, de la manière dont il aura été suivi, du temps qu'il aura duré, des effets qu'il aura produits, surtout il devra bien savoir s'il a été interrompu par intolérance de l'organisme ou par négligence du malade. Le moindre doute sur le genre de traitement adopté, sur le défaut d'exécution devra engager le médecin à entreprendre un autre traitement comme si rien n'avait été tenté.

Le choix du moyen, la durée de son emploi ont ici une grande importance. Je reviendrai sur ces deux points.

Quand le traitement a été complet et que six mois se sont écoulés sans aucune manifestation syphilitique, on peut conseiller le mariage, puisqu'il est alors permis, même par ceux qui ne croient pas à la guérison complète de la diathèse syphilitique.

Occupons-nous des époux. Le mariage est signé, accompli; on s'est dispensé du médecin; il n'a été consulté qu'après. Il trouve des traces de vérole chez l'un des conjoints, ou chez l'un et l'autre. Deux cas alors se présentent : il n'y a pas encore grossesse, ou il y a grossesse. Dans les deux cas on devra défendre le coït. Mais cette prohibition peut avoir certains inconvénients, et le cas est plus grave pour la femme qui refuse. On trouve des auteurs qui enseignent comment on doit lever ces difficultés, qui disent comment un médecin peut descendre de sa dignité pour entrer dans certains détails, pour faire des accommodements avec la morale. Quant à moi, je me borne à proscrire le coït. On trou-

vera le reste dans certains ouvrages que je n'ai nullement mission de blâmer. Dans les deux cas, d'ailleurs, on devra instituer un traitement complet.

On a prétendu qu'on pouvait nuire à la mère et surtout à l'enfant par le traitement anti syphilitique, parce qu'il provoque l'avortement. Je dois dire que quand je dirigeais le service de Lourcine, dans lequel se trouvent les femmes vénériennes enceintes, je les traitais comme celles des autres salles qui n'étaient pas grosses. Pour l'accident primitif, j'administrais le deutochlorure de mercure, selon la formule de Dupuytren; pour les accidents consécutifs, je donnais l'iodure de mercure, et cela aux doses adoptées dans tout mon service. Je n'ai jamais constaté que l'avortement fût plus fréquent chez les femmes ainsi traitées que chez celles auxquelles on refusait le mercure dans la crainte de le provoquer. J'ai pu me convaincre au contraire, par mes observations de Lourcine, et par celles que j'ai faites en ville, que les femmes traitées convenablement par le mercure, au début de leur grossesse, avortaient moins souvent, que leurs enfants étaient moins profondément atteints, que, dans certains cas, ils étaient exempts de syphilis. Ainsi, je crois qu'il faut traiter les femmes enceintes, les traiter par le mercure le plus tôt possible; c'est même un moyen d'éviter l'avortement, lequel est surtout provoqué par l'état maladif et la mort de l'enfant. Or, plus tôt la mère sera délivrée de la vérole, plus il y aura de chances pour que l'enfant évite l'infection, et par conséquent pour que la grossesse arrive à terme.

Quant au père, il doit être traité aussi. La question qui divise les syphiliographes est celle de savoir si le père doit être traité en l'absence de tout symptôme syphilitique et parce que sa femme avorte souvent. Ici, il faut distinguer : Si réellement le père a eu la syphilis, et surtout si les avortons portent des manifestations de cette diathèse, il n'y a pas à balancer, le père devra subir un traitement, car on sait que la syphilis peut être latente pendant un temps très-long, ce qui est prouvé par les récidives, à des époques éloignées. On voit alors en effet, entre deux manifestations syphilitiques, des individus qui jouissent en apparence de la meilleure santé, et n'ont sur le corps aucune espèce d'indice de la diathèse; mais celle-ci n'en existe pas moins; elle se manifestera probablement plus tard sur l'individu même, ou sur son enfant, s'il se marie. Le praticien sera réservé si le père assure qu'il n'a jamais été syphilitique, excepté qu'on lui sache une raison, un intérêt pour tromper. Ici l'habileté du médecin, la confiance qu'il aura su inspirer au père pourront être très-utiles à la famille.

J'ai promis de revenir sur le moyen et sur le temps qu'il faut pour guérir les époux afin d'empêcher la naissance d'enfants syphilitiques.

On sait qu'il est des théoriciens qui refusent le mercure aux accidents primitifs; ils l'accordent aux accidents secondaires et ils ordonnent l'iodure de potassium quand il s'agit de ce qu'ils appellent accidents tertiaires. Si on voulait suivre à la lettre cette règle de thérapeutique, on arriverait à des déceptions, des regrets amers et on ferait plus d'une victime. S'il y a un fait pratique bien établi, bien incontestable, c'est l'efficacité du mercure dans la syphilis infantile, soit prophylactique, soit curative. Quelle que soit la forme de l'accident à combattre, c'est par le mercure que vous vaincrez presque toujours. Voyez les faits sans nombre empruntés à tous les temps et qui se rapportent à des parents qui ne pouvaient mettre au jour un enfant vivant ou un enfant viable; examinez par quel moyen on a pu les mettre en état d'avoir une famille; c'est par le mercure. Mais il faut savoir le manier. Aujourd'hui on administre généralement le proto-iodure. Cependant, s'il avait déjà été donné à dose suffisante pendant longtemps et cela sans un résultat bien marqué, il vaudrait mieux avoir recours à la liqueur de Van Swieten que d'insister sur la première formule. Il est des cas de débilité qui semblent contre-indiquer le mercure. On devra alors affaiblir les doses et administrer en même temps l'iodure de potassium; instituer enfin un traitement mixte.

Occupons-nous maintenant de l'enfant. Faut-il le traiter dans tous les cas comme syphilitique? Nullement s'il ne porte aucune trace de maladie, car il est prouvé que des parents infectés ont mis au monde des enfants très-viables, qui ont été parfaitement élevés et n'ont jamais offert le moindre symptôme syphilitique. Mais des êtres qui ont une pareille origine doivent être très-surveillés pour que le traitement commence à la première manifestation. Ces enfants ne devront pas être nourris par leur mère ; car quelle que soit l'idée adoptée sur l'altération du lait de la mère syphilitique, on conviendra qu'il vaut mieux avoir recours à celui d'une femme en bonne santé. En effet, si le lait de la mère n'est pas syphilitique et dans l'impossibilité d'infecter l'enfant (ce qui n'est pas prouvé), il peut par toute autre altération, et par cela même qu'il appartient à un organisme malade, nourrir l'enfant d'une manière insuffisante ou favoriser chez lui le développement de la diathèse dont le germe aurait pu être détruit par une alimentation plus saine.

Il est des mères qui, par économie ou par jalousie de leur enfant, l'élèvent au biberon au lieu de lui donner une nourrice. C'est là une mauvaise pratique, surtout en ville. Des enfants, je le répète, qui ont une pareille origine doivent être surveillés et placés dans les meilleures conditions hygiéniques possibles. Or, comme l'alimentation est ici la

base de l'hygiène, on devra choisir à l'enfant une bonne nourrice.

Si un enfant qui naît sans porter aucun symptôme d'infection a eu des frères ou des sœurs syphilitiques, la question est moins simple que tout à l'heure. Je ne serais pas éloigné alors de le soumettre à un traitement.

L'enfant qui naît avec des symptômes de vérole, ou qui en offre après la naissance, doit nécessairement être traité, car, je le répète, si l'on voit des adultes être débarrassés d'une vérole constitutionnelle non douteuse, sans aucun traitement spécifique, il n'en est plus de même chez l'enfant en bas âge. Sous l'influence de soins hygiéniques, il peut y avoir disparition complète de tous les symptômes; mais presque à coup sûr ils reparaîtront à plusieurs reprises, à des intervalles plus ou moins éloignés et avec plus ou moins d'intensité jusqu'à la mort qui arrive alors presque toujours fatalement. Selon moi, c'est encore au mercure qu'on devra avoir recours et au mercure directement administré. Je me trouve ici d'accord avec M. Cullerier fils. Ce chirurgien vient de publier, dans le *Bulletin thérapeutique*, un travail que je vais mettre à profit. Mais comme ce mode d'administration n'est pas adopté par tous, il convient de discuter au préalable, les avantages de l'administration directe et de l'administration indirecte.

Le traitement indirect par la nourrice a été préconisé par bon nombre de syphiliographes ou accoucheurs qui craignaient l'influence du mercure sur des constitutions faibles, délicates, et qui, s'exagérant la gravité des accidents possibles, pensèrent qu'on les éviterait en donnant au médicament pour véhicule le lait de la nourrice, lequel servirait en même temps et de nourriture et de traitement. Ceux qui redoutèrent l'action du mercure sur des mères ou des nourrices qui ne présentaient aucun symptôme indiquant son emploi, le firent prendre à des chèvres ou à des ânesses dont le lait était donné aux enfants. Astruc, Fabre, Burton, Rosen, Faguier, Doublet et Levret se déclarent partisans du traitement indirect.

Le traitement indirect ne pouvait être rationnel qu'après la preuve de l'existence du mercure dans le lait de la nourrice mercurialisée ou dans celui de l'animal qui devait la remplacer. L'analyse chimique devait donc montrer le métal et prouver qu'il était en assez grande quantité pour faire espérer une action suffisante et efficace. Or nos prédécesseurs nous ont laissés dans le doute sur ces deux points.

Dans ces derniers temps M. Péligot entreprit des recherches à cet égard. Il publia dans le numéro de novembre 1836 du *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, un mémoire sur la composition chimique du lait d'ânesse, et dans un passage où il traite de la mercuriali-

sation de ce lait, voici ce qu'il dit : « J'ai fait de nombreux essais dans le but de constater la présence du mercure d'abord dans le lait d'une ânesse qui prenait chaque jour 5 grains de sublimé corrosif, puis dans le lait d'une chèvre à laquelle on a pu sans inconvénient administrer jusqu'à 12 grains. Malgré le soin que j'ai mis à cette recherche et la variété des méthodes que j'ai employées, il m'a été impossible de constater la présence du métal que je cherchais. Il ne faudrait pas en conclure assurément qu'il ne s'en trouvait pas dans ces laits, les meilleurs procédés pour en reconnaître de très-faibles quantités laissant beaucoup à désirer. »

M. Cullerier entreprit aussi des expériences et se plaça dans les conditions les plus favorables pour reconnaître le lait des femmes traitées par le mercure et celui des chèvres auxquelles il administra le même métal. Ce médecin se fit aider par des pharmaciens, des chimistes, MM. Lutz, Réveil. Il ne put obtenir, à force de persévérance, que des quantités infinitésimales de mercure par les analyses les mieux faites.

D'après ces analyses, devra-t-on s'étonner des insuccès par le traitement indirect et de la tergiversation des auteurs qui ont blâmé le traitement direct, préférant celui par la nourrice, et qui, plus tard, sont revenus au premier. Ainsi, Faguier et Doublet qui, dans un premier mémoire, vantaient beaucoup le traitement indirect, rétractèrent leurs éloges et ne craignirent pas de donner le mercure aux enfants. Il faut dire que ces deux auteurs étaient à la tête d'un hôpital qui avait été créé tout exprès pour instituer le traitement indirect. Cet hôpital était celui de Vaugirard : il fut ouvert en 1780. A cette époque, l'opinion était très-partagée sur le meilleur traitement des enfants syphilitiques à la mamelle, et la croyance était entière dans la transmission possible des symptômes secondaires entre les nourrissons et les nourrices. On n'admit dans cet établissement que des nourrices infectées ou des femmes grosses également vénériennes et sur le point d'accoucher ; de façon que ces femmes pouvaient allaiter des enfants étrangers syphilitiques, sans danger de gagner une maladie qu'elles avaient déjà, et pouvant donner à ces enfants un lait médicamenteux par le traitement qu'elles devaient subir pour elles-mêmes.

Bertin, médecin de la division des nourrices à l'hôpital des Capucins, inclina pendant longtemps pour le traitement indirect ; mais on voit que sa foi est assez chancelante, et il avoue même que bien souvent, sous son influence, les symptômes ne font que s'adoucir ou disparaître, pour se manifester de nouveau plus tard. Il va même jusqu'à regretter de n'avoir pas mis plus souvent en pratique le traitement direct, car il a eu à s'en louer. Il semble enfin que ce soit pour ne pas donner un

démenti complet aux théories qui avaient fait préférer le traitement indirect, que quelques auteurs conseillent encore de le faire, mais en administrant en même temps le mercure à l'enfant; comme si un semblable compromis, dit M. Cullerier, n'était pas bien suffisant pour juger la valeur de cette méthode.

Pour ce qui est du traitement par le lait d'une ânesse ou d'une chèvre mercurialisée, qu'on pourrait supposer plus efficace parce qu'une plus grande quantité de mercure est administrée à la fois à ces animaux, les recherches de M. Péligot, qui n'en a pas trouvé, les analyses de M. Réveil, qui ne lui ont donné que des traces, sont assurément bien faites pour en démontrer l'insuffisance (Cullerier).

Quant à moi, je n'ai jamais mis en doute le passage d'une petite quantité de mercure dans le lait, soit d'une chèvre, soit d'une nourrice. Mais ce qui me fait rejeter le traitement indirect, c'est l'impossibilité alors de doser le mercure, d'en donner une quantité suffisante. Or, dans le très-jeune âge, la syphilis suit une marche très-rapide. On voit des enfants de mères syphilitiques naître avec l'apparence de la meilleure santé, être pris à l'âge d'un mois ou six semaines de symptômes caractéristiques, arriver au bout de peu de jours à un état grave, et mourir dans un laps de temps très-court, si on laisse marcher leur maladie sans la traiter. Quelle confiance peut alors inspirer le traitement par la nourrice, dont le lait ne renfermera que des proportions très-minimes de mercure, et qui encore n'en renfermera qu'après un certain nombre de jours de son administration. Ici, je le répète, la marche de la maladie est rapide. Le traitement doit donc être énergique. Le meilleur moyen, c'est de donner le mercure à l'enfant même, sans craindre son état de faiblesse.

Ainsi je rejette le traitement indirect parce qu'il ne peut être dosé. Je le rejette aussi parce que le mercure que l'on administre à la nourrice l'affaiblit, enlève de la force au lait qui ainsi devient bien moins nourrissant. Or ce qu'il faut avant tout à l'enfant c'est une bonne hygiène et l'aliment figure en tête des moyens hygiéniques. La question changerait si on pouvait traiter avantageusement la syphilis infantile par les préparations d'iode. Alors le traitement indirect serait d'abord rationnel et n'aurait pas les inconvénients que je lui attribue, car on pourrait administrer impunément à la nourrice d'assez fortes doses d'iodure de potassium, le lait s'en trouverait rapidement imprégné, et comme l'iodure bien administré est un excellent tonique, la nourrice serait fortifiée au lieu d'être débilitée. Mais ce qui vaut beaucoup mieux, je le répète, c'est un lait pur appartenant à une nourrice saine et robuste. Si cette nourrice était débilitée naturellement, si on

ne pouvait s'en procurer une autre, on pourrait la soumettre à l'usage de l'iodure et traiter directement le nourrisson par le mercure. Il serait ainsi soumis aux deux traitements ou à ce que j'ai appelé le traitement mixte, lequel est composé d'une préparation d'iode et d'une préparation mercurielle.

On a dit encore : Si la nourrice est syphilitique, il y a double raison pour la soumettre au mercure et le traitement indirect est indiqué. Mais, comme selon moi, il ne faut jamais adopter une nourrice syphilitique, je n'ai pas à traiter cette question.

On objectera, dit M. Cullerier, que chez d'aussi jeunes enfants toute l'économie est prise, que leurs organes digestifs surtout sont dans un état de souffrance que les préparations mercurielles ne feraient qu'augmenter. Mais alors, au lieu de donner le mercure à l'intérieur chez les enfants à la mamelle, on devra l'administrer par la méthode endermique, en frictions et en bains. Le mercure, pris par la bouche, a rendu de grands services ; il a été conseillé par des auteurs trop recommandables, il est actuellement encore prescrit par des praticiens trop haut placés dans la science pour qu'il soit permis de ne pas ajouter foi aux résultats qu'ils disent en avoir obtenus, mais bien certainement il ne peut trouver son application que dans des affections à marche plus lente et alors que la constitution n'est pas encore trop délabrée, ou bien, lorsque les progrès du mal ayant été enrayés par la méthode endermique, il y a quelque obstacle à sa prolongation, l'emploi du mercure étant cependant encore indispensable. C'est, en général, au sublimé qu'on a recours, et on le donne dans du lait, dans une émulsion, dans du sirop ou dans du miel, à la dose d'un vingt-quatrième, d'un vingtième ou d'un seizième de grain. M. Mayr, médecin d'un hôpital de Vienne, donne le calomel en poudre de manière à ce que l'enfant en prenne 50 centigrammes en douze jours.

J'ai déjà prouvé dans la deuxième section de ce livre le peu d'action du mercure sur la bouche des enfants, et quand ils le prennent à l'intérieur et lorsqu'ils l'absorbent par la peau ; mais ce qui fait le danger de ce médicament à l'intérieur, c'est son influence fâcheuse sur l'estomac et sur les intestins. On a vu des enfants être pris de vomissements opiniâtres après des doses très-légères, et ce que j'ai toujours vu prédominer, dit M. Cullerier, c'est l'entérite, qui enlève la plupart des enfants traités de cette manière.

Cependant il est des médecins qui persistent à donner le mercure à l'intérieur. C'est alors le sublimé qui convient le mieux ; on l'administrera d'abord à la dose de quelques milligrammes par jour dans du lait, du sirop, du bouillon. On augmentera peu à peu la dose ; s'il ne peut

être toléré par les intestins, on le remplacera par le sirop mercuriel de Portal, de Plenck, à la dose d'une cuillerée à café tous les jours.

M. Cazenave ajoute au traitement indirect des frictions sur les gencives et sur la langue des enfants avec 12 milligrammes de calomel incorporé dans du miel. Le calomel a été quelquefois remplacé par 4 ou 6 milligrammes de proto-iodure de mercure. Je crois que ces frictions doivent être difficiles à faire, surtout sur la langue, et qu'il peut arriver qu'elles aient des inconvénients; car la bouche des enfants syphilitiques est souvent malade.

Voici comment M. Cullerier emploie la méthode endermique. On baigne l'enfant à l'eau de son plusieurs fois, afin de calmer l'inflammation qui peut exister, et afin aussi de prédisposer la peau à une absorption plus facile; on fait, sur les parois latérales de la poitrine, en remontant vers l'aisselle, une friction avec 1 gramme d'onguent napolitain, un jour d'un côté, le lendemain du côté opposé. Ces frictions doivent être faites doucement, afin de ne pas irriter la peau; elles doivent être prolongées pendant plusieurs minutes. Deux fois par semaine on suspend les frictions, et ce jour-là, on donne à l'enfant un bain d'eau tiède avec addition de 2 à 4 grammes de sublimé corrosif.

Pour les enfants de deux mois à un an, le traitement, tel qu'il vient d'être indiqué, suffit en général, sans qu'il soit nécessaire d'augmenter la dose de l'onguent mercuriel et du sublimé; mais quand les enfants sont plus âgés, on peut sans inconvénient porter la dose de la friction à 2 grammes, et celle du sublimé à 6 grammes par bain.

M. Cullerier ne fait qu'un reproche à ces bains chez les enfants, et ce reproche prouve précisément en faveur de leur efficacité, c'est qu'employés tous les jours ils font disparaître les symptômes *trop vite*, et qu'aussi bien à l'hôpital qu'en ville, les parents, ne voyant plus de manifestations morbides, croient facilement à une guérison complète et cessent le traitement, malgré les représentations qu'on peut leur faire. Aussi, qu'arrive-t-il? c'est que quand on veut trop se presser d'effacer le symptôme, on ne guérit pas le principe spécifique, et qu'on a des retours d'un mal qui n'a été qu'effleuré, si je puis ainsi dire.

Il est rare que les frictions mercurielles faites avec les préparations indiquées déterminent des accidents locaux d'érythème ou d'éruption vésiculeuse. Du reste, en les pratiquant sur les parties latérales du thorax on agit sur une surface large et on évite l'action de la pommade hydrargyrique sur des parties où la peau est presque toujours salie et irritée par l'urine ou les matières fécales, comme les jambes ou les cuisses.

Quand il y a aux parties génitales et à l'anus (et cela est très-fréquent) des plaques muqueuses ou des ulcérations à sécrétion abondante,

on les touche quelquefois avec une solution de nitrate d'argent, 4, 6 ou 8 grammes pour 32 grammes d'eau. Si la sécrétion est modérée ou s'il n'y a que des tubercules secs, on se contente de lotions d'eau de son, de guimauve, de sureau; on fera toujours saupoudrer les surfaces avec de l'amidon, de la farine ou du lycopode, et, autant que possible, on les isolera les unes des autres avec du linge sec ou de la charpie.

Si c'est la peau du visage qui est prise, et il ne faut pas oublier que chez les tout jeunes enfants l'impétigo facial syphilitique est fréquent, on emploiera les mêmes lotions. Les parties malades étant ici exposées à l'air et la dessiccation s'en faisant facilement, ce qui détermine des déchirures et des fissures très-douloureuses pendant les cris ou l'action de téter, on devra, le plus souvent possible, les recouvrir d'un corps gras quelconque, pommade de concombres, cérat ordinaire, cérat opiacé ou au calomel.

M. Cullerier résume son travail en disant :

« Le traitement indirect ou par la nourrice est insuffisant par le peu de mercure que contient le lait, il est dangereux par le temps précieux qu'il faut perdre dans une maladie à marche rapide et qui peut avoir promptement une issue funeste.

« Le traitement direct est seul efficace : il peut être fait par l'administration du mercure à l'intérieur; mais le moyen le meilleur et le mieux approprié à l'état des organes digestifs, c'est celui par l'absorption cutanée en frictions avec l'onguent napolitain, et un bain avec le sublimé corrosif. »

M. Mayr dit avoir souvent observé que les enfants devenaient anémiques à mesure que les symptômes de la vérole disparaissaient. Ce serait, selon ce praticien, vers le milieu de la seconde semaine que cet état se manifesterait. Alors le mercure doux, qui fait la base du traitement, est supprimé, et on donne le lactate de fer en poudre (15 cent. par jour). On conduit l'enfant au grand air, à la campagne. Dans les cas récents et peu graves, le traitement est alors terminé; mais, dans les cas rebelles, il faut revenir au calomel, puis encore aux préparations ferrugineuses.

J'ai tout lieu de penser que l'état anémique observé par le médecin de Vienne est surtout causé par le calomel et qu'il ne l'observerait pas, s'il se bornait au traitement endermique, qui n'irrite pas les intestins et ne trouble pas les digestions de l'enfant. Les principes et la pratique que j'adopte dans cette partie importante de mon ouvrage sont en harmonie avec les idées qu'on trouve dans l'excellent livre de M. Putegnat sur les maladies syphilitiques des enfants.

SECTION QUATRIÈME.

PROPHYLAXIE DES MALADIES VÉNÉRIENNES.

—

Je ne pense pas qu'un auteur, sous prétexte de morale, ait à se justifier aujourd'hui d'enseigner les moyens préservatifs de la vérole. Il doit, au contraire, demander l'indulgence du lecteur pour le peu qu'il a à apprendre dans son livre. De quoi s'agit-il, en effet? d'éviter un empoisonnement. Eh bien! si nous résumons sincèrement toute notre science, et cela sans amour-propre, elle n'a qu'un conseil certain à donner, celui d'éviter la source du poison. On comprend l'impossibilité de suivre toujours un pareil conseil. Il a donc été cherché d'autres conseils moins sûrement efficaces, mais moins difficiles à suivre, et il a été institué une prophylaxie privée et une prophylaxie publique.

Pour ce qui est de la prophylaxie, en général, on peut dire que la sottise, le talent, le dévouement pur et le charlatanisme ont lutté d'effort. On a trouvé quelques pratiques bonnes à suivre, quelques précautions ridicules et inutiles, et des moyens dangereux. Je m'arrêterai seulement aux pratiques qui ont quelque utilité; je ne ferai que mentionner les autres, et encore je me permettrai d'en passer quelques-unes sous silence, car je n'écris pas une satire.

CHAPITRE PREMIER.

PROPHYLAXIE PRIVÉE.

Il y a ici deux personnes : 1° celle qui craint de transmettre la maladie ou dont on doit se méfier; 2° celle qui s'expose et veut se garantir.

Pour le premier cas, c'est-à-dire pour placer la première personne dans les circonstances les moins favorables à la contagion, on devra la soumettre aux soins de propreté les plus minutieux. Tous les tissus, toutes les parties devront être abstergées. Ici les chlorures, les savons, enfin tous les moyens de nature à agir physiquement ou chimiquement pour enlever, altérer, neutraliser les produits de sécrétions morbides, devront être employés. On doit décaper les parties, pour me servir d'une expression maintenant usitée en prophylaxie syphilitique.

Pour le second cas, c'est-à-dire quand il s'agit de la personne supposée saine, les moyens varieront avant, pendant et après l'acte luxurieux.

On devra s'examiner minutieusement pour être certain qu'il n'existe aucune solution de continuité aux parties. On ne saurait croire combien la moindre éraillure des tissus favorise la contagion. Avant le coït, les lotions répétées avec des savons sont plutôt nuisibles qu'utiles, car elles privent les parties de la protection du smegma et des mucosités, et mettent les surfaces complétement à nu, c'est-à-dire dans les circonstances les plus favorables à la contagion. Les praticiens qui rejettent ces lotions, immédiatement avant le coït, n'ont pas le même éloignement pour celles qu'on ferait quelque temps d'avance et qui se composeraient de solutions d'alun, d'acétate de plomb et surtout de vin aromatique seul ou uni au tan. Ces astringents sont préférables aux corps gras seuls, comme le suif, la graisse de porc, lesquels ont cependant encore une grande réputation parmi les personnes qui s'exposent le plus. Le condom déjà mentionné quand il a été question de la blennorrhagie est l'intermédiaire le plus efficace : c'est un petit sachet de baudruche ou fait avec l'appendice cœcal de certains animaux et dans lequel on renferme la verge. Il doit être bien lavé, neuf et sans éraillures. Cependant le condom laissant à nu le scrotum, la racine de la verge, le pli génito-crural et le pubis, le pus du chancre peut atteindre et inoculer ces parties ; mais quand il est bien fait, bien appliqué, quand il n'est pas très-poreux et qu'il ne se déchire pas, il préserve d'une manière certaine de la blennorrhagie et des affections qu'on gagne par le contact du gland avec le col utérin, lequel, selon moi, est la partie de la femme qui communique le plus de maladies vénériennes. Ainsi le condom est un des meilleurs préservatifs ; mais les moyens de l'acheter, la présence d'esprit et le calme nécessaires à son application préalable ; tout cela manquant plus souvent qu'on ne pense, fait qu'on le néglige, en général.

Il a été aussi donné des conseils pour le moment même de l'acte. Ainsi on recommande de ne pas le prolonger, de le hâter : conseils encore inutiles dans bon nombre de cas, car il n'est pas toujours facile de prolonger, encore moins d'accélérer le coït. On a aussi conseillé l'éjaculation, car ayant supposé que c'était pendant le temps qui précède l'émission du sperme que la contagion avait lieu, on a pensé que le passage brusque et rapide de ce fluide faisait l'office d'une injection expulsive qui entraînait au dehors du canal la matière contagieuse. Ces conseils, celui qui concerne la rapidité du coït et de l'éjaculation, ont été donnés par de vrais praticiens et parvenus à un âge déjà assez

avancé pour avoir constaté les difficultés qu'il y a de les suivre toujours.

Les précautions après l'acte doivent être promptes et très-minutieuses. Ici on conseille d'abord l'émission des urines. Il est vrai que quand il y a possibilité, c'est une bonne pratique, parce que le liquide, en parcourant le canal, entraîne, avec lui, la matière contagieuse qui peut être arrivée jusqu'à l'urètre. Ceux qui ont un phimosis peuvent oblitérer le prépuce avec deux doigts, remplir la cavité préputiale avec l'urine qui sort de l'urètre et lavent ainsi la muqueuse du gland et de son enveloppe. Mais ce qu'il faut faire surtout et le faire avec le plus grand soin, ce sont des lotions : les femmes ajouteront les injections vaginales. Les lotions doivent s'étendre sur tous les points de la muqueuse ; on devra, s'il est possible, en explorer tous les replis, n'en négliger aucun, ne laisser rien de douteux. Ici encore il peut se rencontrer des circonstances qui mettent obstacle à cette hygiène ou qui la fassent négliger : ainsi la nécessité de fuir après le coït, une fausse honte, la crainte de blesser l'amour-propre de la personne avec laquelle on a eu des rapports, le trop de confiance en elle et l'état d'ivresse, puis l'insouciance et les habitudes de malpropreté si fréquentes dans le peuple. Si l'on est assez heureux pour se trouver en dehors de ces circonstances et qu'on prenne les soins de propreté voulus, on a les plus grandes chances d'échapper à la contagion. Ce qui prouve ce que j'avance ici, c'est l'espèce d'immunité dont jouissent les prostituées qui ont déjà payé leur imprévoyance par une bonne vérole. Cette immunité ne provient pas, comme l'a toujours cru M. de Castelnau, d'une espèce de saturation syphilitique ; elle est le plus souvent le résultat des précautions que ces femmes prennent avant le coït et après, des lavages, des cosmétiques dont elles font un usage très-répété. Voilà ce qui fait qu'on ne voit pas retourner ces femmes aux hôpitaux spéciaux. Il y a aussi une autre raison, et celle-ci tient à un abus dont je parlerai plus tard : il est de ces femmes qui, quoique inscrites à la police, trouvent *les moyens* de se faire traiter chez elles ou dans les maisons de tolérance.

Les acides mêlés à l'eau ont été très-anciennement conseillés comme pouvant constituer d'excellentes lotions. Déjà Lanfranc, en 1290, ordonne de laver la verge avec l'eau vinaigrée. Le passage de cet auteur que je vais citer est non-seulement remarquable au point de vue hygiénique, mais encore au point de vue historique, car il a été considéré comme une preuve en faveur de l'ancienneté de la vérole. Voici ce passage : « Si quis vult membrum ab omni corruptione « servare cum recedit a muliere quam habet suspectam de immundi- « citia, lavet illud cum aqua aceto mixta. »

Après Lanfranc, Harrisson de Gaddesden, Fallope, vantèrent l'urine, le vin, lequel a été beaucoup préconisé dans ces derniers temps par M. Ricord, surtout le vin aromatique. Peyrilhe conseillait l'ammoniaque, M. Malapert vante une solution de deutochlorure de mercure. En Angleterre on est assez dans l'usage de lotionner les parties avec une eau rendue légèrement caustique par le savon et quelques grains d'alcali fixe. Les hommes s'injectent un peu de cette solution dans l'urètre, ce que je crois une mauvaise pratique, car la muqueuse urétrale s'irritant avec facilité, on peut ainsi déterminer une urétrite qui, sans cela, peut-être, ne se serait pas déclarée.

En Belgique il est prescrit aux maisons publiques, par un arrêté du bourgmestre, de placer, dans chaque chambre des maisons de tolérance, un flacon d'huile et une bouteille d'une solution de sous-carbonate liquide.

M. Ricord s'est livré à des expériences pour connaître l'action de certaines substances sur le pus virulent. Quand il a inoculé ce pus mélangé à un alcali ou à un acide un peu concentrés, les résultats de l'inoculation ont été nuls. Ces substances décomposent le pus, non qu'elles aient des vertus spécifiques spéciales comme quelques personnes l'ont pensé, mais par leur propriété de détruire les matières ou les produits organiques sans distinction d'espèce. Les acides sulfurique, nitrique, hydrochlorique, acétique, les chlorures purs mêlés à du pus virulent ont aussi empêché celui-ci d'agir par l'inoculation. Tandis que sur un même sujet on inoculait le pus pur qui donnait la pustule, le pus altéré par une des substances déjà indiquées, restait sans effet, placé tout à côté du premier et dans les mêmes conditions de succès, sauf l'agent neutralisant. Les caustiques alcalins, la potasse, la soude, l'alcali volatil, le vin, l'alcool, les décoctions concentrées de tan ont fourni les mêmes résultats.

On sait que Luna-Calderon fit des expériences publiques à l'hôpital des Vénériens à Paris pour prouver la vertu préservatrice d'une substance qu'il avait inventée. Ce médecin ratissait ou incisait son prépuce sur un point qu'il couvrait de pus virulent. Si, après cette inoculation, il appliquait son préservatif, il ne survenait point de chancre; s'il ne l'appliquait pas, le chancre avait lieu et quelquefois avec bubon. Luna-Calderon a emporté son secret dans la tombe [1].

M. Langlebert a cru aussi trouver un moyen prophylactique. Le voici :

[1] Voyez *Démonstration pratique de la prophylaxie syphilitique, authentiquement constatée* par Luna-Calderon, Paris, 1815.

Alcool rectifié à 40 degrés Cartier ou 95 Gay-Lussac....... 40 grammes.
Savon mou de potasse avec excès de base................ 40 grammes.

Faites dissoudre et filtrez; puis, ajoutez :

Huile essentielle de citron rectifiée...................... 20 grammes.

M. Langlebert raconte ainsi les expériences qu'il a faites :

« Lundi dernier, 14 juillet, je pris du pus à la surface d'un chancre phagédénique, à base indurée, et je l'inoculai aussitôt sur la cuisse gauche de M. R...; puis, trempant de nouveau ma lancette dans le même pus, je *ratissai* la cuisse droite, de manière à enlever, sur une petite étendue, l'épiderme et une partie de la surface du derme. Cela fait, voulant, pour assurer ma conviction, mettre contre mon procédé toutes les chances défavorables, je trempai une seconde fois et à plusieurs reprises, ma lancette dans le pus virulent, que je déposai ainsi tout chaud, tout vivant, pour ainsi dire, et couche par couche, dans la plaie que j'avais faite. J'attendis ensuite cinq à six minutes, et j'appliquai mon préservatif.

« Le lendemain, le pus inoculé à la cuisse gauche avait produit son effet habituel : une papule enflammée, surmontée déjà d'une petite vésicule, se montrait au point piqué ; tandis que la cuisse droite inoculée, je le répète, avec les circonstances les plus favorables à l'action du virus, ne présentait rien, si ce n'est une petite croûte sèche recouvrant la plaie que j'avais faite.

« Cette épreuve m'avait donné une telle confiance dans l'efficacité de mon procédé, que je n'hésitai pas à en faire une expérience publique. Vendredi dernier, 18 juillet, à une des séances de mon cours, je me *ratissai* le bras gauche avec une lancette trempée dans le même pus, et dont j'avais la veille essayé la virulence en inoculant un singe qui porte actuellement un chancre parfaitement développé. Je fis immédiatement la même opération à deux de mes élèves, MM. Albanel et Moreau, qui me le demandèrent spontanément. Après six minutes, j'appliquai mon préservatif, et aujourd'hui lundi, 21 juillet, rien n'a paru, si ce n'est la petite croûte sèche recouvrant les écorchures [1]. »

Pour juger les moyens prophylactiques que je viens de faire connaître, il faut les placer dans deux circonstances principales : 1° quand le pus est seulement déposé sur une surface sans solution de continuité ; 2° quand il y a eu solution de continuité ou une manifestation locale, un effet du virus.

Il est évident que, dans le premier cas, l'action mécanique peut

[1] Voyez Lettre adressée le 22 juillet 1851 à l'Académie de médecine, par le docteur Langlebert.

suffire ; ainsi des lotions à grande eau peuvent entraîner, chasser l'humeur et empêcher la contagion. Tout dépend de l'exactitude et de la promptitude du lavage, enfin des soins de propreté. On peut joindre à l'eau les substances alcalines, acides, que j'ai indiquées ; on peut les remplacer par le vin aromatique. Mais je doute qu'à faible dose on obtienne un effet réel. Pour tuer le virus, il faut que ces substances aient une assez grande activité ; elles doivent être comme celles que M. Ricord mêlait au pus qu'il allait inoculer, ou bien leur effet se réduit à une action simplement physique. L'eau seule peut donc les remplacer toutes. Eh bien ce moyen d'un emploi si simple, qui se trouve partout, est le plus souvent négligé. Et on prétend soumettre ceux qui le négligent à l'application minutieuse d'un moyen qu'il faut acheter, porter sur soi et appliquer avec une certaine méthode !

Dans le second cas, c'est-à-dire quand il y a solution de continuité, action quelconque du virus, le lavage seul ne suffit pas ; mais les autres moyens parviendront-ils là où est le virus et partout où il se trouve ? C'est alors que des moyens comme celui de Luna-Calderon, etc., s'offrent avec leurs plus grandes prétentions. Je doute que ce soient là de vrais, de sûrs préservatifs, car si certaines substances peuvent détruire la virulence du pus en atteignant le virus même, avant l'inoculation, en dehors de nos tissus, je doute qu'il en soit de même, quand ce même agent est inséré sous la peau et déjà en rapport avec l'organisme. Après avoir expérimenté les moyens qui ont une action puissante sur le pus virulent au point de le décomposer, M. Ricord dit : « Mais si ces substances peuvent être regardées comme prophylactiques par les conséquences qu'elles ont amenées avant l'inoculation, il faut être bien prévenu que les effets n'avaient lieu que lorsque le mélange avait été fait avant ou à l'instant de l'inoculation ; car, dès que le pus virulent a été implanté dans les tissus, si on peut s'exprimer ainsi, et que ceux-ci sont infectés, à moins de détruire, par une véritable cautérisation, les parties à une profondeur qui dépasse celle des points qui ont été contagionnés, la neutralisation n'a pas lieu et le chancre se développe. D'après les résultats rigoureux de l'inoculation, ajoute cet expérimentateur, on ne peut compter sur l'efficacité des moyens prophylactiques que nous venons d'indiquer, que pour détruire le pus virulent qui n'aurait encore été que déposé sur une surface saine, ou bien détruire momentanément une sécrétion virulente sur un individu qui sans cela peut communiquer du mal.

Quant au moyen de M. Langlebert, il est soumis à une commission de l'Académie de médecine ; je ne voudrais donc rien préjuger ici.

Mais on a vu qu'il ne s'est passé que six minutes entre l'inoculation et l'application du préservatif. Il faut donc qu'il soit appliqué en toute hâte après la contagion, laquelle peut, remarquez-le bien, avoir lieu au commencement d'un coït qui peut durer plus de six minutes. Si le coït est hâtif et que le préservatif soit immédiatement appliqué, il peut n'agir alors que physiquement, en délayant, en entraînant, en expulsant la matière virulente. Dernièrement M. Rodet, dans un discours *d'apparat*, a préconisé le perchlorure de fer. Il parle de ce préservatif comme d'une découverte. J'ai eu soin de souligner la forme de discours dans lequel cette révélation a été faite.

Je dois ajouter d'ailleurs que même la cautérisation de M. Ricord ne m'inspire pas une grande confiance. En décrivant le chancre et son traitement dans la *première section* de ce livre, j'ai montré avec quelle rapidité le virus pénétrait dans l'économie, j'ai fait mention de ce fait remarquable offert par M. le professeur Duméril qui, piqué par une vipère, éprouva immédiatement les effets généraux du venin malgré la succion, la cautérisation de la plaie faites immédiatement par son fils. Or on sait que de tout temps on a comparé l'inoculation du virus syphilitique à l'inoculation du venin de la vipère, et la justesse de cette comparaison a été reconnue, surtout par M. Ricord. Je crois donc que cet expérimentateur s'avance un peu quand il dit que la cautérisation d'une plaie qui vient d'être inoculée par un pus syphilitique empêche la production du chancre ; il s'avancerait beaucoup trop s'il disait que cette cautérisation peut empêcher la production d'une vérole, car il oublierait ce qu'on a enseigné sur la rapidité de la pénétration dans l'économie des virus, sur la généralisation de leurs effets, surtout s'il conseillait d'aller par la cautérisation *à une profondeur qui dépasse celle des points qui ont été contagionnés*, car à l'instant tout est contaminé.

On voit donc à quoi se réduit la prophylaxie individuelle ; elle se réduit, dans ce qu'elle a de plus sérieux et de moins incertain, à des soins de propreté. Interrogez tous ceux qui sont malheureux : tous vous diront qu'ils ne se sont pas soumis à cette simple règle d'hygiène. Et on veut que ceux qui négligent de simples lotions avec un liquide qu'ils ont toujours sous la main aillent chercher et appliquer méthodiquement des poudres, des chlorures, des caustiques ! Il faut qu'on sache aussi que la plupart des autres préservatifs se présentent sous l'égide de l'inoculation qui est un moyen très-infidèle, surtout depuis qu'il a été si bien prouvé que le pus chancreux ne s'inocule pas toujours et qu'il est des individus réfractaires au pus le plus virulent.

Je n'ai rien à ajouter ici sur la vaccination syphilitique de M. Auzias par le pus du chancre, ni sur celle de M. Diday par le sang d'un indi-

vidu parvenu à la troisième période de la syphilis, parce que j'en ai déjà assez parlé dans les *notions préliminaires* et parce que j'ai prouvé dans la *deuxième section* de ce livre qu'on pouvait avoir plusieurs fois la vérole. On pourrait donc obtenir celle de l'inoculation expérimentale et prendre celle de l'inoculation physiologique. Il est bien entendu qu'en parlant de la possibilité d'une vérole par l'inoculation, je ne fais allusion qu'à celle de M. Auzias, car celle de M. Diday a été jugée très-innocente : elle ne pourrait nuire qu'en donnant au vacciné une fausse sécurité.

CHAPITRE II.

PROPHYLAXIE GÉNÉRALE. — POLICE MÉDICALE.

L'autorité a, dans tous les temps, surveillé la prostitution ; elle en est même venue à la réglementer. On trouve dans l'antiquité grecque, à Athènes, des inspecteurs chargés de surveiller les mœurs, les habillements des femmes, mais non dans des vues hygiéniques. Rome, qui réglementa d'une manière si catégorique les lieux de débauche, qui établit une hiérarchie parmi les courtisanes, Rome, qui s'occupa de la répression des désordres causés par la débauche, ne fit rien pour la police médicale des prostituées.

On trouve dans le moyen âge de nouvelles mesures de police ; elles sont alors plus sévères, quelquefois cruelles et presque toujours inutiles. Ainsi le fouet, la confiscation des biens, le bannissement furent tour à tour infligés par Charlemagne, saint Louis et les parlements aux prostituées, et aux maîtresses des établissements qui les recevaient. C'est alors, surtout sous saint Louis, qu'on constata, de nouveau, l'inutilité et même le danger de ces mesures. On préféra donc régulariser la prostitution. Ici se placent les règlements de police de Londres pour chasser des lieux de débauche les femmes atteintes d'arsure, règlements imités à Venise en 1302. Arrivent enfin ces fameux statuts de la reine Jeanne publiés à Avignon, statuts si souvent loués, car ils ne chassent plus les femmes, ils prescrivent des visites hebdomadaires et inaugurent une véritable police médicale. Malheureusement ces statuts sont apocryphes, ce qui est établi par les recherches faites à Avignon même par le docteur P. Yvaren [1].

En 1499 le Parlement commença à s'adoucir ; il n'expulsa pas tous

[1] Voyez les notes de ce médecin à sa belle traduction française du poëme de Fracastor.

les vérolés, il fit une exception en faveur des malades pauvres et sans asile ; il leur ouvrit un lieu de refuge. Enfin, en 1536, les vénériens ne furent plus tout à fait des coupables, on commença à les considérer comme des êtres souffrants. Le Parlement s'adoucit encore au point de se montrer plus humain que les administrateurs des hôpitaux, protecteurs naturels des malades. Le Parlement en effet, lutta contre eux vingt et un ans pour obtenir la concession d'un petit hospice dépendant de la paroisse Saint-Eustache. Que d'arrêts, que d'injonctions, que de menaces ne fallut-il pas pour abriter quelques pauvres êtres souffrants, et cela pour les voir jeter, peu de temps après, à la porte de cet établissement ! Les vénériens alors en furent réduits à se glisser dans l'Hôtel-Dieu par fraude. On les chassa de nouveau. Enfin une maison particulière leur est ouverte rue de Lourcine, et c'est encore à la magistrature qu'on doit ce bienfait.

Cependant ce n'est qu'en 1684 qu'on osa un traitement dans un coin de la Salpêtrière, alors la prison des prostituées coupables de désordres. Celles qui étaient malades recevaient là quelques soins. Mais quels pouvaient être des soins toujours précédés du fouet ! Et cependant on voyait de malheureuses femmes rechercher une arrestation pour obtenir d'être enfermées à la Salpêtrière dans l'espoir d'y trouver un remède à leurs souffrances. La Salpêtrière encombrée, on ouvrit Bicêtre aux syphilitiques. Bicêtre fut bientôt aussi encombré et aussi insalubre que la Salpêtrière. Ce qui a été écrit sur le temps qu'il fallait aux malades pour obtenir une admission, sur leur nombre dans une salle, sur l'hygiène de cette salle, sur la mortalité, tout cela est trop noir pour mon encre, je ne l'écrirai pas, et cependant on l'observa après 89, à l'époque la plus fertile en philanthropes et en discours humanitaires !

Enfin, en 1792, les Capucins furent ouverts aux malheureux syphilitiques ; cet asile, aujourd'hui hôpital du Midi, que j'ai vu encore en fort mauvais état, fut considéré comme un séjour de bonheur. Et il y avait encore une mortalité d'un sur quarante ! Il est vrai qu'à Bicêtre elle était d'un sur dix ! Cependant, à dater de cette époque, les véritables progrès dans le traitement et l'hygiène des maladies vénériennes commencent.

Avant tout il fallait rechercher les syphilitiques, les isoler, les traiter afin de soustraire la société à ces agents actifs de la contagion. De là l'idée de soumettre les prostituées à une inspection sanitaire. Cette idée fut sérieusement appliquée surtout depuis une ordonnance de 1657. Mais cette inspection ne concernait alors que les femmes qui, détenues à la Salpêtrière, portaient sur leur figure des marques probables de la

maladie. Il fallait étendre cette mesure aux prostituées libres. Ce projet a été formé par plusieurs lieutenants de police dans le XVIII[e] siècle. On n'osa pas le mettre à exécution dans la crainte de compromettre l'autorité aux yeux de l'opinion, de paraître favoriser le vice, en lui donnant le bienfait dangereux d'une certaine sécurité. Enfin, sous la préfecture de Dubois, en 1800, cette mesure et quelques autres instamment réclamées par les économistes et toujours regardées comme des utopies impraticables, furent mises à exécution. Alors commença réellement la police médicale, puisque l'autorité ne se borna pas à la répression du scandale; elle se préoccupa de considérations sanitaires. Deux praticiens, Coulon et Teytaut, furent chargés de visites périodiques à domicile dont les frais furent couverts par les prostituées elles-mêmes, frappées pour cela d'une taxe mensuelle de 3 francs. On créa même une salle de santé où les filles qui ne pouvaient entrer à l'hôpital recevaient gratuitement des conseils et des médicaments, ce qui leur permettait de se soigner chez elles. Cet établissement reçut le nom de *Dispensaire de salubrité.*

Il y a aujourd'hui dans toutes les villes de France un dispensaire, mais l'ancienne taxe imposée aux filles ayant été supprimée en 1828, c'est la municipalité qui en fait les frais. Si j'allais dire que tout est parfait dans ces dispensaires, je m'exposerais à de nombreux et justes démentis. C'est là qu'ont lieu généralement les visites. A Paris, les filles publiques isolées y sont examinées deux fois par mois. Dans beaucoup d'autres villes elles subissent une visite par semaine. *Il faudrait qu'il n'y eût jamais d'exception à cette règle et qu'aucune fille ne fût traitée chez elle. Reconnue malade, elle devrait être dirigée immédiatement sur un hôpital spécial, et elle devrait y rester jusqu'à entière guérison.* Ce n'est pas sans intention que je souligne. Il échappe aussi à la police une foule de femmes de toutes professions, que la misère ou la débauche poussent à une prostitution déguisée. Là est encore un écueil de la police médicale, et ce sont cependant ces femmes qui infectent le plus de jeunes gens!

Les filles qui sont dans des maisons de tolérance sont visitées toutes les semaines et chaque fois qu'elles changent de résidence. Quand une d'elles a été reconnue infectée, il faudrait qu'elle fût *réellement et immédiatement conduite à un hôpital spécial et non frauduleusement dans un autre hôpital. Jamais on ne devrait traiter dans ces maisons des filles sous prétexte qu'on ne les livrera pas pendant le traitement. On sait par expérience le compte qu'il faut tenir des promesses, des engagements des maîtresses de ces maisons.* Il faudrait encore que toute fille dont l'état de santé paraît suspect dans l'intervalle des jours fixés pour la

visite fût conduite à l'hôpital pour y être immédiatement examinée.

L'inefficacité de la police médicale vient surtout, je le répète, de ce qu'il est des filles qui sont traitées chez elles et dans des maisons de tolérance où elles donnent encore du mal; elle vient aussi de ce que ces visites ne sont pas assez fréquentes, car la moyenne de l'incubation de la syphilis est de quatre jours : en conséquence, une femme qui aura reçu le germe de la maladie la veille ou l'avant-veille de la visite, paraîtra saine et recevra une attestation de santé avec laquelle elle aura sept jours entiers pour communiquer son mal à tous ceux qui auront commerce avec elle.

La visite des filles doit être faite avec le plus grand soin. On ne se contentera pas de l'examen des parties extérieures; le spéculum devra mettre à découvert le col de l'utérus et le vagin. Le spéculum le plus commode pour cet examen, c'est le bivalve brisé. Il peut laisser, dans quelques cas, une portion de la muqueuse s'engager entre ses deux branches quand elles sont écartées; il pince quelquefois cette membrane quand on retire l'instrument. Pour obvier à cet inconvénient, on a proposé l'addition de deux autres valves qu'on peut enlever et articuler aisément et d'un embout destiné à en rendre l'introduction plus facile. Mais quelques précautions et surtout l'habitude peuvent rendre inutile l'addition de ces deux valves.

La femme est placée sur une table comme celle dont on se servait pour l'opération de la taille, ou bien sur un fauteuil, ou couchée sur un lit; on lui fait fléchir les jambes sur les cuisses et les cuisses sur le bassin. Le spéculum, oint d'huile ou d'un corps gras, est tenu de la main droite; avec la main gauche l'opérateur écarte la grande et la petite lèvre droite; un aide éloigne en même temps celles du côté gauche. Quand on manque d'aide, on applique le médius gauche sur la fourchette et l'on écarte les lèvres avec les autres doigts; on appuie sur ce médius l'extrémité fermée de l'instrument, de manière à ne pas froisser l'urètre et le côté supérieur de l'orifice vaginal. On aura soin, dans ce mouvement d'introduction, de presser sur la fourchette de manière à effacer un petit cul-de-sac qui se trouve derrière, car il pourrait gêner la manœuvre ou déterminer quelques douleurs si l'on voulait forcer le passage. L'anneau vulvaire étant franchi, on fait glisser l'instrument de bas en haut et d'avant en arrière, et à mesure qu'il marche vers l'utérus on examine les parties qu'il découvre.

Les parois vaginales appliquées contre l'extrémité du spéculum forment une espèce de rosace présentant à son centre une ouverture et au pourtour les plis naturels du canal. On reconnaît qu'on est arrivé sur le col utérin à l'absence de ces plis et à la décoloration de la muqueuse,

mais surtout à la présence de l'orifice du museau de tanche. Il est quelquefois difficile de bien le coiffer avec les valves de l'instrument, soit parce qu'il y a déviation de l'utérus, soit à cause de la position particulière qu'on a laissé prendre à la femme. On complète l'examen en mettant de la lenteur à retirer le spéculum, ce qui permet de passer de nouveau en revue toute l'étendue du vagin. Cette seconde inspection fait quelquefois découvrir des lésions qui avaient d'abord échappé à l'examen du praticien.

La prophylaxie générale ne serait complète que si l'on parvenait à empêcher la propagation du mal par les hommes. Mais si déjà on a reconnu les difficultés des visites de santé pour les femmes que l'autorité tient pour ainsi dire sous sa main, que sera-ce quand il s'agira des hommes sur lesquels le droit de visite ne peut s'exercer. Il y a une exception pour l'armée; là, la discipline et la subordination, des intérêts faciles à comprendre, ont rendu possible la surveillance du mal et l'application immédiate du remède. On a d'abord aboli les punitions indistinctement infligées aux vénériens après la sortie de l'hôpital ou de l'infirmerie, ce qui a atténué chez les soldats l'habitude de dissimuler les maladies qu'ils croyaient syphilitiques. Libres de demander les soins des chirurgiens sans avoir rien à redouter, leur guérison est plus prompte, ce qui est un avantage pour leur santé et ce qui les empêche de propager le mal.

Le ministre de la guerre recommanda aux chefs des corps et de l'administration de s'entendre avec les autorités civiles et de se concerter pour combattre, autant que possible, un fléau aussi funeste aux populations qu'à l'armée. Ces prescriptions ont produit de bons effets, mais on pourrait en attendre de meilleurs encore, si des dispositions de détail bien arrêtées, simples, précises et faciles à remplir, assuraient l'exécution des décrets de l'autorité.

En Belgique, le médecin inspecteur-contrôleur des filles publiques est en rapport direct avec les chefs de service des hôpitaux de vénériens, et fait rechercher, auprès de chaque entrant, le nom et le domicile de la personne qui l'a rendu malade. D'un autre côté, une circulaire du 21 décembre 1842, de l'inspecteur général de santé de la guerre, M. Vleminckz, signale à tous les chefs des hôpitaux militaires, comme règle de conduite, la marche suivante, adoptée dans la garnison de Liége :

« Tout individu reconnu malade est aussitôt interrogé par les sous-
« officiers et officiers de sa compagnie, qui ont reçu un ordre conforme
« de leur chef de corps; un caporal accompagne le malade chez le
« commissaire de police du quartier de la femme infectée. Cet agent

« reçoit la déposition, arrête, fait visiter la coupable et l'envoie au dis-
« pensaire; il donne un double de la déclaration du militaire au caporal
« qui le conduit à l'hôpital, et la note est remise au chirurgien de
« garde. A défaut de cette pièce, l'officier de santé de l'établissement
« en réfère immédiatement au commandant de la place. Nul vénérien
« ne peut être traité dans les casernes.

« Sont punis très-sévèrement les soldats qui ne font pas connaître
« leurs maladies syphilitiques, ou ceux qui, par de fausses déclara-
« tions, empêchent la recherche d'une fille vérolée, mais seulement
« ceux-là.

« Les inspecteurs-contrôleurs entretiennent des relations fréquentes
« avec les médecins des salles militaires affectées au traitement de la
« syphilis. »

« Les avantages de ces dispositions sont tels, dit M. Vleminckz, qu'en 1845, sur un effectif de 25 à 30,000 hommes, l'armée de Belgique ne comptait que 130 vénériens (1 malade sur 190 soldats). Ce chiffre, ajoute-t-il, n'irait pas à 100, si à Gand et à Namur la police sanitaire ne laissait tant à désirer. » M. Bertherand, qui signale et approuve ces sages dispositions, ajoute : « Que l'on compare maintenant avec ce qui se passe en France! Le mouvement quotidien des vénériens de l'hôpital de Strasbourg est de 100 à 150 malades; en y joignant un nombre toujours équivalent d'urétrites et de chancres légers traités dans les infirmeries régimentaires, on voit que 8,000 hommes de garnison donnent : 1° autant de syphilitiques qu'il s'en trouve pour l'effectif total des troupes belges; 2° la proportion sextuple d'un vénérien sur 33 hommes. Si l'on consulte le tableau, que nous avons inséré au commencement de cet ouvrage, du traitement de la vérole dans notre hôpital de 1836 à 1846, en fixant approximativement à 1 franc le prix de la journée, on verra que la syphilis coûte, terme moyen, à Strasbourg, bien près de 40,000 francs par an au budget de la guerre.

« Pourquoi, dans nos casernes, ne rendrait-on pas le chef de chambrée solidaire, jusqu'à un certain point de la surveillance prophylactique? La punition rigoureuse contre les vénériens en général ayant été abolie, la déposition du brigadier ou du caporal perdrait tout caractère odieux de dénonciation. Les répugnances une fois écartées, il serait aisé de faire comprendre à des hommes déjà choisis, tels que les chefs de chambrée, qu'il y a autant d'intérêt pour la moralité et la dignité du corps à dévoiler un vénérien qui se cache, qu'un militaire galeux ou atteint de toute autre maladie contagieuse.

« Il ne faudrait pas non plus, par une fausse entente de l'hygiène, éloigner les soldats des maisons publiques reconnues et surveillées,

pour les réduire aux ressources de la prostitution clandestine. Mieux vaut assurément fermer les yeux sur les premières fréquentations et redoubler de vigilance à l'égard des accointances solitaires et dérobées, dont les grandes villes n'offrent que trop l'occasion. Les filles insoumises, qui ont mille moyens de se soustraire aux visites sanitaires, sont les plus dangereuses de toutes les prostituées.

« Les mesures proposées par le chef de service de santé militaire en Belgique supposent un accord parfait et des rapports incessants entre le pouvoir local et les chefs de l'armée, secondés par leurs médecins. Chez nous, de nombreux intermédiaires obligés ralentissent la marche des choses, quand ils ne la rendent pas impossible à force d'obstacles, de lenteurs et de dégoûts. Le morcellement des corps, les déplacements fréquents des officiers de santé, ne leur permettent pas d'établir avec les médecins spéciaux la réciprocité synergique et continue indispensable au succès de la répression [1]. »

Je termine ici ce que j'avais à dire sur la prophylaxie, en proclamant que l'idée de faire donner par chaque entrant dans un hôpital, par chaque consultant, le nom, la demeure et tous les renseignements qui peuvent faire trouver la coupable; que celle d'accorder à tout docteur l'autorisation de faire immédiatement une descente chez elle; que ces idées déjà mises en partie à exécution en Belgique, pour ce qui concerne la troupe, pourraient, si elles étaient adoptées pour le civil, produire les plus heureux résultats. Mais je touche ici à une question très-délicate que je traiterai plus tard avec la maturité et les développements qu'elle exige.

[1] Bertherand, *Précis des maladies vénériennes*. Strasbourg, 1852.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

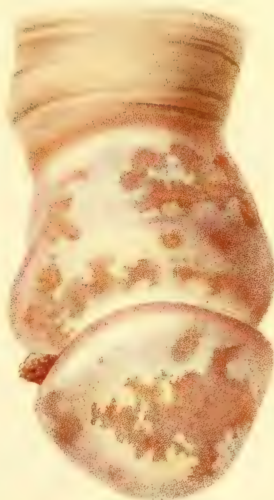


Corbeil, typographie de Crété.

Fig. 1.



Fig. 2.



Bion ad nat. del. *Visto sc.*

1. *Posthite aigue avec exulcérations.*

2. *Balano-posthite chronique avec exulcérations.*

Publié par Victor Masson *N. Rémond impr. r. des Noyers 65 Paris*

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



m ad nat del. Visto sc.

Deux chancres taillés à pic sur le gland, trois chancres végétants sur le prépuce.

2. Chancre gangréneux en voie de réparation.

3. Chancre induré type en voie de réparation.

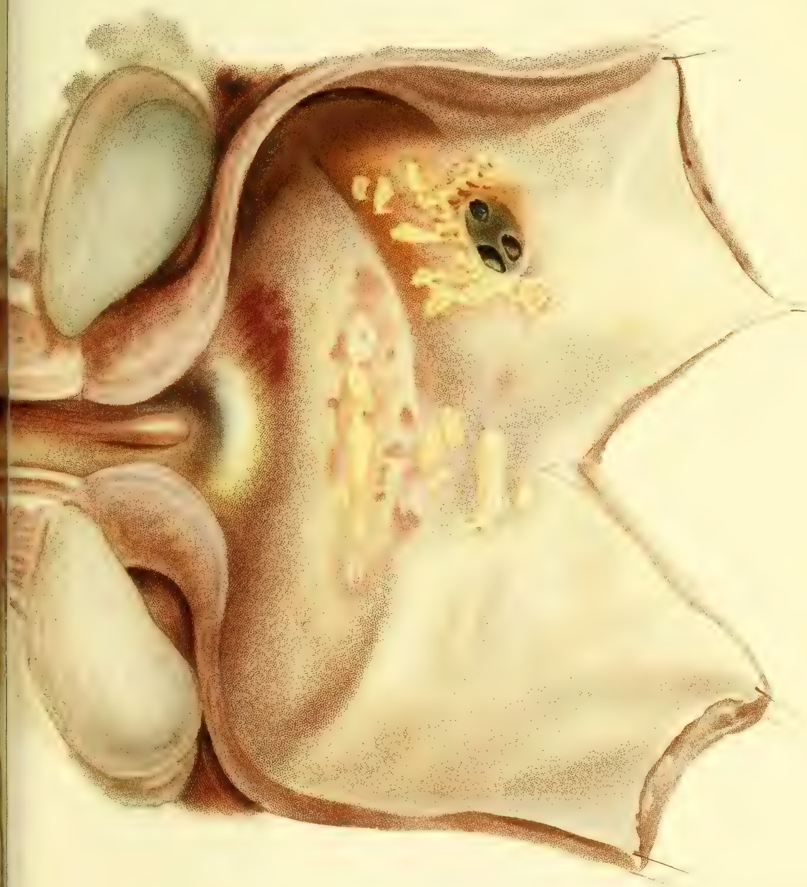
blie par Victor Masson N Rémond impr. r. des Noyers 66 Paris.



Bion ad nat. del.

Chancre au m

Publié par Victor Masson.



Visto sc

...perforation de la vessie.

N. Remond impr r. des Noyers 65 Paris

Fig. 1.



Fig. 2



Bion ad nat. del. Visto sc.

1. Végétations. 2. Pustules muqueuses à l'anus.

Publié par Victor Masson. N Rémond imp'r des Noyers 65 Paris.

Fig. 1





Fig. 2.

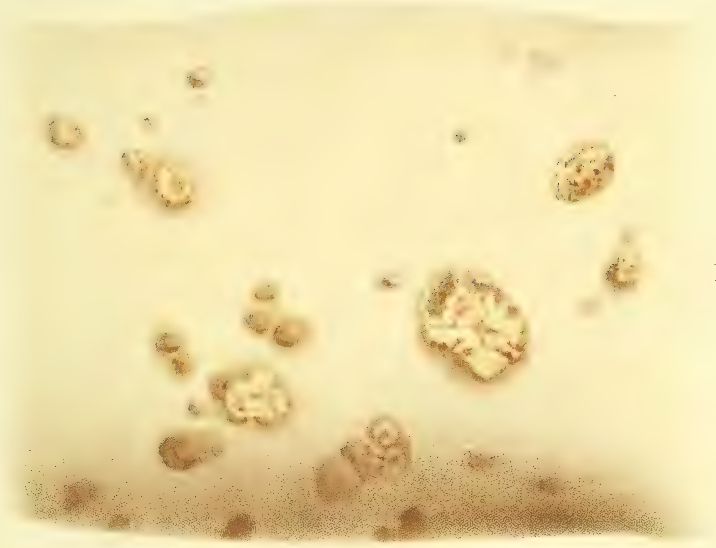


Fig. 3.



Bion ad nat del *Visto sc.*

Fig. 4

1. *Roséole.* 2. *Papules.* 3. *Psoriasis.* 4. *Pemphigus.*

Publié par Victor Masson. *N. Rémond impr. r. des Noyers 65 Paris.*

Fig. 1.

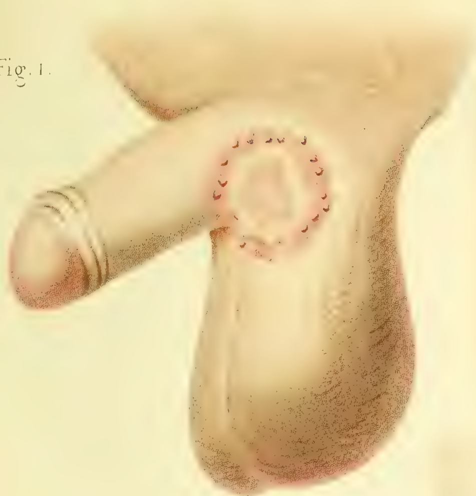


Fig. 2.

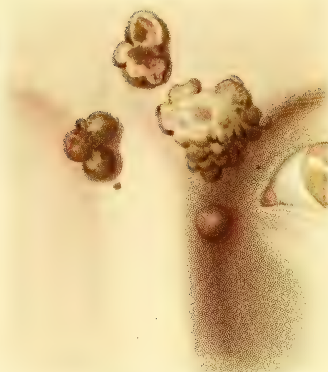


Fig. 3.

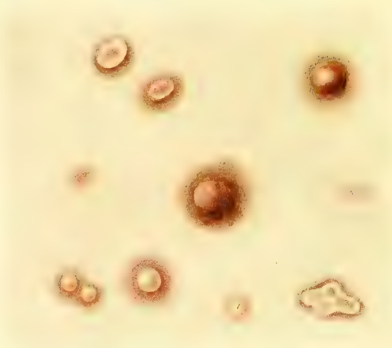


Fig. 4.

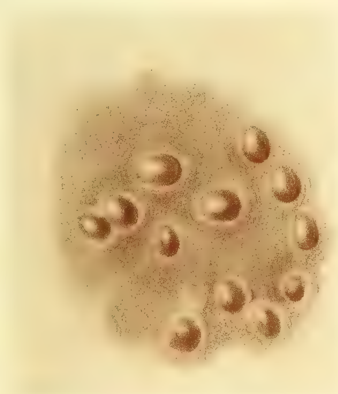
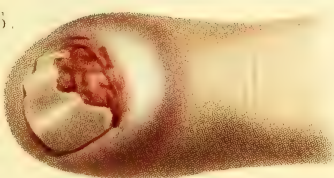


Fig. 5



Fig. 6.



Bion ad nat. del. Visto sc.

1. *Herpès circiné.* 2. *Pustules impétigo.* 3. *Ecthyma.*
4. *Syphilide tuberculeuse.* 5. *Syphilide à petites vésicules.* 6. *Onyxis.*

Publié par Victor Masson. N. Rémond imp. r. des Noyers, 66, Paris.

Fig. 2.



1.



Fig. 3.

Bion ad nat. del. *Visto sc.*

1. *Ulcérations syphilitiques consécutives.* 2. *Gommes ulcérées.* 3. *Rupia.*

Publié par Victor Masson *N. Rémond imp. r. des Noyers, 65. Paris*

ANCIENNE MAISON CROCHARD, 1804.

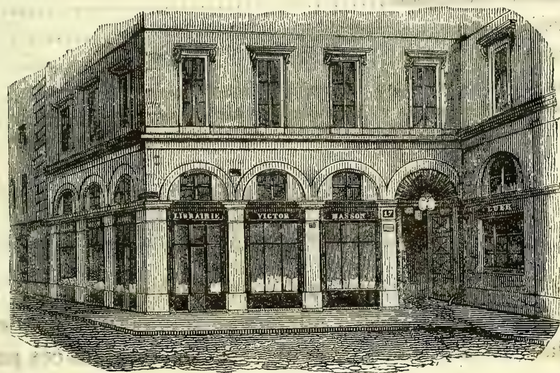
PUBLICATIONS

DE LA LIBRAIRIE

VICTOR MASSON

SUR

LA MÉDECINE ET LES SCIENCES.



PARIS

17, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

1er Avril 1855.

DIVISION DU CATALOGUE.





Les relations suivies que la *Gazette hebdomadaire* me donne avec l'Angleterre et avec l'Allemagne me permettent de procurer, dans un bref délai, les ouvrages publiés dans ces pays.

CORBEIL, TYPOGRAPHIE DE CRÉTÉ.

CATALOGUE
DES LIVRES DE FONDS
DE VICTOR MASSON.

I.
SCIENCES PHYSIQUES.

A. MÉDECINE ET CHIRURGIE.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE (publications de l').

MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. Tomes I, II, demi-tome III, grand in-4, avec planches. Chaque volume .... 8 fr.

MÉMOIRES DES CONCOURS ET DES SAVANTS ÉTRANGERS. Tomes I et II, grand in-4. Chaque volume.......... 8 fr.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. I à XIII. Chaque volume.......... 8 fr.
L'abonnement à l'année courante.......... 10 fr.

ALIBERT (C.). **DES EAUX MINÉRALES** DANS LEURS RAPPORTS AVEC L'ÉCONOMIE PUBLIQUE, la médecine et la législation. Paris, 1852, in-8. 2 fr. 50

ALIBERT (C.). **TRAITÉ DES EAUX D'AX** (ARIÉGE). Paris, 1853. 1 beau vol. in-8, avec 5 planches.......... 4 fr. 50

ANDRAL. **CLINIQUE MÉDICALE,** ou Choix d'observations recueillies à l'hôpital de la Charité ; 4e édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1840, 5 volumes in-8.......... 40 fr.

ANDRAL. **ESSAI D'HÉMATOLOGIE PATHOLOGIQUE.** Paris, 1843, in-8.......... 4 fr.

ANDRAL ET GAVARRET. **RECHERCHES SUR LE SANG;** modifications de proportion de quelques principes du sang (fibrine, globules, matériaux solides du sérum et eau) dans les maladies. Paris, 1841, 2e tirage, 1849, in-8.......... 3 fr. 50

ANDRAL ET GAVARRET. **RÉPONSE AUX PRINCIPALES OBJECTIONS** dirigées contre les procédés suivis dans les analyses du sang et contre l'exactitude de leurs résultats. Paris, 1842, brochure in-8..... 2 fr. 50

ANDRAL ET GAVARRET. **RECHERCHES SUR LA QUANTITÉ D'ACIDE** CARBONIQUE exhalé par les poumons dans l'espèce humaine. 1843. 1 fr. 25

ANNALES D'OCULISTIQUE.

Voyez page 30.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES, journal destiné à recueillir tous les documents relatifs à l'aliénation mentale, aux névroses et à la médecine légale des aliénés; 1re série, de 1843 à 1848. — 2me série, commencée en 1849. *Voy.* à l'article JOURNAUX, page 30.

ARMAND. **L'ALGÉRIE MÉDICALE.** TOPOGRAPHIE ET CLIMATOLOGIE. — PATHOGÉNIE ET PATHOLOGIE. — PROPHYLAXIE. — HYGIÈNE. — ACCLIMATEMENT. — COLONISATION. Paris, 1854, 1 vol. in-8, avec une carte de l'Algérie. 8 fr.

BECQUEREL (A.). **SÉMÉIOTIQUE DES URINES,** ou Traité des altérations de l'urine dans les maladies, suivie d'un Traité de la maladie de Bright aux divers âges de la vie. *Ouvrage couronné par l'Académie des sciences dans sa séance du* 19 *décembre* 1842. Paris, 1841, 1 volume in-8, avec 17 tableaux.. 5 fr.

BOINET. **IODOTHÉRAPIE OU DE L'EMPLOI MÉDICO-CHIRURGICAL** de l'iode et de ses composés, et particulièrement des injections iodées. Paris, 1855, 1 vol. in-8.

BOIVIN (Mme). **MÉMORIAL DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS,** ou Principes fondés sur la pratique de l'hospice de la Maternité de Paris, et sur celle des plus célèbres praticiens de Paris; *ouvrage adopté comme classique pour les élèves de la Maison d'accouchements de Paris*, 4e édition, augmentée. Paris, 1836, 2 vol. in-8, avec 143 gravures............ 14 fr.

BOURGUIGNON. **TRAITÉ ENTOMOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE** DE LA GALE DE L'HOMME. Mémoire couronné par l'Académie des sciences. Paris, 1852. 1 vol. in-4°, avec 10 planches coloriées .... 20 fr.

BRIQUET (P.). **RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES PROPRIÉTÉS** DU QUINQUINA ET DE SES COMPOSÉS; *ouvrage auquel l'Académie des sciences a accordé, dans sa séance du* 8 *janvier* 1855, *une récompense de* 2,000 *francs*. Deuxième édition, considérablement augmentée. Paris, 1855, 1 vol. in-8.. 7 fr.

BRIQUET (P.) ET MIGNOT (A.). **TRAITÉ PRATIQUE ET ANALYTIQUE** DU CHOLÉRA-MORBUS (Épidémie de 1849). Paris, 1850, 1 vol. in-8... 7 fr.

BROCA (PAUL). **DE L'ÉTRANGLEMENT DANS LES HERNIES ABDOMINALES** et des affections qui peuvent le simuler. Thèse de concours pour l'agrégation. Paris, 1853. 1 vol. in-8.......................... 3 fr. 50

CATALOGUE GÉNÉRAL DE LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON, comprenant la liste des ouvrages sur la médecine, la

chirurgie, l'anatomie, la physiologie, l'histoire naturelle, la physique, la chimie et la pharmacie, que l'on peut se procurer dans cette librairie. Paris, 1854, 1 vol. in-8.. 1 fr.
Et franco par la poste.. 2 fr.

Nota. Ce Catalogue sera envoyé gratuitement à ceux de MM. les abonnés à la *Gazette hebdomadaire* qui en feront la demande par lettre affranchie.

CELLE (E.). **HYGIÈNE PRATIQUE DES PAYS CHAUDS,** ou Recherches sur les causes et le traitement des maladies de ces contrées. Paris, 1848, 1 vol. in-8.. 7 fr.

CHENU. **ESSAI PRATIQUE SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DES EAUX MINÉRALES.**

I[re] partie, comprenant : une notice historique sur les eaux minérales en général; le mode d'administration des eaux, etc., et un catalogue des ouvrages publiés sur les eaux minérales. Paris, 1841, 1 vol. in-8. 7 fr.

III[e] partie, comprenant : DICTIONNAIRE DES EAUX MINÉRALES. Premier fascicule, **A** à **MAL.** 1 vol. in-8.. 4 fr. 50

CHOMEL (A. F.). **ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE.** Quatrième édition, revue et augmentée. Paris, 1855, 1 vol. grand in-8. 9 fr.

DELABARRE. **DES ACCIDENTS DE LA DENTITION** chez les enfants en bas âge, et moyens de les combattre. Paris, 1851, 1 vol. in-8, avec figures dans le texte.. 3 fr.

DELASIAUVE. **TRAITÉ DE L'ÉPILEPSIE.** — HISTOIRE. — TRAITEMENT. — MÉDECINE LÉGALE. Paris, 1854, 1 vol. in-8.................. 7 fr. 50

DESCHAMPS (M. H.). **DU SIGNE CERTAIN DE LA MORT.** Nouvelle épreuve pour éviter d'être enterré vivant. Paris, 1851, 1 vol. in-8. 4 fr. 50

DEVAL (CHARLES). **TRAITÉ DE CHIRURGIE OCULAIRE.** Paris, 1844, 1 fort volume in-8, avec 6 planches in-4.. 8 fr.

DEVAL (CHARLES). **TRAITÉ DE L'AMAUROSE OU DE LA GOUTTE SEREINE.** Paris, 1851, 1 vol. in-8.. 6 fr. 50

DEVERGIE (A.). **TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU.** Paris, 1854, 1 beau vol. in-8, avec planches gravées et coloriées représentant 24 types de maladies.. 12 fr.

DIDAY (P.). **DE LA SYPHILIS** DES NOUVEAUX NÉS ET DES ENFANTS A LA MAMELLE. Paris, 1854, 1 vol. in-8.. 7 fr.

DIEU (S.). **TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE,** précédé de considérations générales sur la zoologie, et suivi de l'Histoire des eaux naturelles. Paris, 1847-1855, 3 vol. in-8.............. 32 fr. 50

EDWARDS ET VAVASSEUR. **NOUVEAU FORMULAIRE PRATIQUE** DES HOPITAUX, 4[e] édit., entièrement refondue, et augmentée d'une Notice statistique sur les hôpitaux de Paris ; par MIALHE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1842, 1 vol. in-32....... 1 fr. 50
— *Le même*, relié.. 2 fr.

FILHOL (E.). **RECHERCHES SUR LES EAUX MINÉRALES DES PYRÉNÉES**, comprenant l'étude de leur action thérapeutique, de leur constitution chimique, et la comparaison des ressources que les principaux établissements des Pyrénées offrent aux médecins. Paris, 1853, 1 vol. grand in-18.. 5 fr.

GARREAU (P. E.). **ESSAI SUR QUELQUES POINTS DE PATHOGÉNIE ET DE CLASSIFICATION MÉDICALE.** Paris, 1854. 1 vol. in-8........ 4 fr. 50

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.
Voyez page 32.

GERDY (P.N.). **CHIRURGIE PRATIQUE COMPLÈTE**, divisée en sept monographies, et fondée sur de nouvelles recherches d'anatomie, de physiologie et de clinique, relatives surtout à l'inflammation et aux dégénérations en général, et en particulier aux maladies des os et des tissus blancs, à celles des sens et des organes de la parole, à celles des organes respiratoires, digestifs, urinaires et génitaux.

En vente: 1re Monographie, PATHOLOGIE GÉNÉRALE MÉDICO-CHIRURGICALE. Paris, 1851, 1 vol. in-8.. 7 fr.

2e Monographie, MALADIES GÉNÉRALES, ET DIATHÈSES. Paris, 1852, 1 vol. in-8, avec 1 planche.. 8 fr.

3e Monographie, MALADIES DES ORGANES DU MOUVEMENT, OS, MUSCLES, etc. Paris, 1855, 1 vol. in-8, avec 8 planches.............................. 9 fr.

GRISOLLE. **TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE DE PATHOLOGIE INTERNE**; sixième édition, considérablement augmentée. Paris, 1855, 2 forts volumes compactes, gr. in-8 .... 18 fr.

GUILLAUME (A.) **CATÉCHISME HYGIÉNIQUE**, ou Art de conserver la santé et de prévenir les maladies. Dôle, 1850, 1 vol. in-18.. 1 fr. 25

GUITARD (J.). **HISTOIRE DE L'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE**, comprenant l'étude des instruments et appareils, le résumé des auteurs, un choix d'observations. 1 vol. gr. in-18, avec 6 pl. Toulouse, 1854. 3 fr. 50

HAHN (HENRI). **DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE** étudiée au point de vue clinique. — Monographie couronnée par la Société de médecine de Bordeaux. Paris, 1853, 1 vol. in-8.............................. 5 fr. 50

HEISER. **TRAITÉ DE GYMNASTIQUE RAISONNÉE AU POINT DE VUE ORTHOPÉDIQUE**, hygiénique et médical, ou Cours d'exercices appropriés à l'éducation physique des deux sexes. Paris, 1854, 1 vol. in-8, avec 113 figures .... 5 fr.

HUBERT-VALLEROUX. **ESSAI THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DE L'OREILLE.** Paris, 1846, 1 vol. in-8.............................. 5 fr.

JAMES (CONSTANTIN). **GUIDE PRATIQUE DU MÉDECIN ET DU MALADE** aux eaux minérales de France, de Belgique, d'Allemagne, de Suisse, de Savoie, d'Italie et aux bains de mer; contenant la description détaillée des lieux où elles se trouvent, ainsi que la composition chimi-

que, les propriétés médicales et le mode d'emploi de ces sources ; 3e édition, renfermant, entre autres additions nombreuses et importantes, une nomenclature des eaux minérales transportées et une Notice spéciale sur chacune d'elles. Paris, 1852, 1 volume grand in-18, avec 1 carte et 16 vignettes gravées sur acier .... 6 fr.

— *Le même*, cartonné.. 7 fr. 50

JONGH (L. J.). **L'HUILE DE FOIE DE MORUE** envisagée sous tous les rapports comme moyen thérapeutique. Paris, 1853, 1 vol. in-8. 5 fr. 50

KUHN. **LES EAUX LAXATIVES DE NIEDERBRONN,** description physique et médicale de cet établissement de bains, précédée de considérations générales sur l'action des eaux ; deuxième édition, entièrement refondue. Paris, 1854, 1 vol. in-8, avec vignettes................ 4 fr.

LEFOULON (J.). **NOUVEAU TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE L'ART DU DENTISTE.** Paris, 1841, 1 beau volume in-8 de plus de 500 pages, avec 130 fig. intercalées dans le texte.............................. 7 fr.

LEGENDRE (F. L.). **RECHERCHES ANATOMO-PATHOLOGIQUES ET CLINIQUES SUR QUELQUES MALADIES DE L'ENFANCE.** Paris, 1846, in-8... 6 fr.

LENOIR (A.). **ATLAS COMPLÉMENTAIRE DE TOUS LES TRAITÉS D'ACCOUCHEMENTS,** contenant 100 planches dessinées d'après nature, et lithographiées par M. E. BEAU, avec texte. Ces planches représentent le bassin et les organes génitaux de la femme adulte, le développement de l'œuf humain, les diverses présentations et positions du fœtus, les opérations obstétricales, etc. 1 beau volume gr. in-8 jésus, cartonné.. 60 fr.

L'ouvrage sera publié en 4 fascicules.

En vente : le premier fascicule, contenant 25 planches.......... 15 fr.

MATTEI. **ESSAI SUR L'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE ET SUR LES MOYENS** de le faciliter lorsqu'il ne se fait pas à l'état naturel. Paris 1855, 1 vol. in 8.. 7 fr.

MOREAU (J.)(de Tours). **DU HACHISCH ET DE L'ALIÉNATION MENTALE,** études psychologiques. Paris, 1845, 1 vol. in-8.............. 7 fr.

MOREL. **TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES MENTALES,** considérées dans leur nature, leur traitement, et dans leur rapport avec la médecine légale des aliénés. *Ouvrage auquel l'Académie des sciences a accordé, dans sa séance du* 30 *janvier* 1854, *une récompense de* 2,000 *francs.* Paris, 1852-1853, 2 vol. in-8, avec 24 portr. et 3 tabl. 16 fr.

MOURE (A.) ET MARTIN. **VADE MECUM DU MÉDECIN PRATICIEN,** précis de thérapeutique spéciale, de pharmaceutique, de pharmacologie. Paris, 1845, 1 beau vol. grand in-18, compacte................ 3 fr. 50

— *Le même*, demi-reliure...................................... 4 fr. 50

PARCHAPPE. **TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE LA FOLIE.** 3 vol. in-8, avec planches.

En vente, le tome IIIe: *Documents nécroscopiques.* Paris, 1841, 1 vol. in-8.. 7 fr.

Sous presse, le tome Ier : *Nosologie.*

PARCHAPPE. **DES PRINCIPES A SUIVRE DANS LA FONDATION ET DANS LA CONSTRUCTION DES ASILES D'ALIÉNÉS.** Paris, 1853, 1 vol. grand in-8, avec 20 plans des principaux asiles d'aliénés en France et à l'étranger.. 20 fr.

PAUL D'ÉGINE (CHIRURGIE DE), texte grec, restitué et collationné sur tous les manuscrits de la Biblothèque Impériale, accompagné de variantes de ces manuscrits et de celles des deux éditions de Venise et de Bâle, ainsi que des notes philologiques et médicales, avec traduction française en regard, précédé d'une introduction par le docteur *René Briau.* Paris, 1855, 1 vol. grand in-8.. 9 fr.

PERRIER. **DE L'HYGIÈNE EN ALGÉRIE,** suivi d'un Mémoire sur les pestes de l'Algérie, par BERBRUGGER. Paris, 1847, 2 v. gr. in-8 jésus. 24 fr.

Cet ouvrage fait partie de l'Exploration scientifique de l'Algérie, publiée par ordre du Gouvernement (section des sciences médicales).

ROUX. **QUARANTE ANNÉES DE PRATIQUE CHIRURGICALE.** 4 vol. in-8.
En vente le tome Ier : *Chirurgie réparatrice*.......................... 6 fr.
Le tome II : *Anévrismes*.. 6 fr.

SÉDILLOT. **TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, BANDAGES ET APPAREILS.** 2e édition augmentée. Paris, 1853-1855, 2 vol. gr. in-18, publiés en 4 parties, avec 604 figures dans le texte.................. 16 fr.

SERRE (A.) (d'Uzès). **ESSAI SUR LES PHOSPHÈNES OU ANNEAUX LUMINEUX DE LA RÉTINE,** considérés dans leurs rapports avec la physiologie et la pathologie de la vision. Paris, 1853, 1 vol. in-8, avec 34 figures dans le texte.. 7 fr. 50 c.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ, publiés dans le format in-4. Prix de chaque vol. avec planches... 20 fr.
— *Franco*, par la poste.. 23 fr.

Les tomes I à IV sont en vente: il est publié chaque année un volume de 550 à 600 pages. Le volume est donné aux souscripteurs en cinq ou six fascicules qui paraissent à des intervalles indéterminés. Le prix de chaque volume est payable en retirant le premier fascicule.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ. Années 1848, 1849 et 1850. Paris, 1851. 1 vol. in-8 de 928 pages.. 8 fr.
Chacune des années suivantes... 7 fr.
Il sera publié un volume chaque année. 4 volumes sont en vente.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

COMPTES RENDUS DES TRAVAUX, publiés par les soins du Bureau de la Société et du Comité de rédaction. Fasc. I, session 1854-1855, in-8. 2 fr. 50

Il est publié un fascicule à la fin de chaque session.

VELPEAU. **TRAITÉ DES MALADIES DU SEIN ET DE LA GLANDE MAMMAIRE.** Paris, 1854. 1 beau vol. in-8, avec planches coloriées.. 12 fr.

VERDO. **PRÉCIS SUR LES EAUX MINÉRALES DES PYRÉNÉES** et de toute la région qui se trouve comprise entre l'océan Atlantique et les rives de la Garonne, précédé d'un traité sur les bains en général et suivi d'un essai sur les bains de mer ; seconde édition. Paris, 1855, 1 vol. grand in-18, avec 1 carte........................ 3 fr. 50

VIDAL (DE CASSIS). **TRAITÉ DES MALADIES VÉNÉRIENNES.** Paris, 1855, 1 vol. in-8, avec planches gravées en taille-douce et coloriées. 10 fr.

YVONNEAU. **DE L'EMPLOI DU CHLOROFORME** ET DE SES DIFFÉRENTES APPLICATIONS. Paris, 1853, in-8........................ 2 fr. 50

B. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

ANNALES DES SCIENCES NATURELLES.

Voir à l'article JOURNAUX, p. 29.

BAUDRIMONT ET G. S. MARTIN SAINT-ANGE. **DU DÉVELOPPEMENT** DU FOETUS; mémoire présenté à l'Académie des sciences. Paris, 1850. Beau volume in-4, avec 18 planches gravées en taille-douce et magnifiquement coloriées. Prix, cartonné........................ 35 fr.

— *Le même,* demi-reliure maroquin .... 40 fr.

BICHAT. **RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES SUR LA VIE ET LA MORT,** troisième édition, ornée d'une vignette sur acier, précédée d'une Notice sur la vie et sur les travaux de Bichat, et suivie de notes par M. le docteur CERISE. Paris, 1855, 1 vol. grand in-18........................ 3 fr. 50

BLONDLOT. **TRAITÉ ANALYTIQUE DE LA DIGESTION,** considérée particulièrement dans l'homme et dans les animaux vertébrés. Paris, 1843, in-8........................ 7 fr. 50

BONAMY, BROCA ET BEAU. **ATLAS D'ANATOMIE DESCRIPTIVE DU** CORPS HUMAIN; ouvrage pouvant servir d'atlas à tous les traités d'anatomie.

L'Atlas d'Anatomie descriptive du corps humain comprendra 250 planches format grand in-8 jésus, toutes dessinées d'après nature et lithographiées. Il est publié par livraisons de 4 planches, avec un texte explicatif et raisonné en regard de chaque planche.

Prix de chaque livraison : Avec planches noires........................ 2 fr.
— Avec planches coloriées........................ 4 fr.

L'Atlas sera divisé en 4 parties qui se vendront séparément et sans augmentation de prix, savoir :

1° APPAREIL DE LA LOCOMOTION. Complet en 84 planches dont 2 sont doubles.

	Prix broché.	Avec demi-reliure.
Figures noires........................	44 fr.	47 fr.
— coloriées........................	88	92

2° APPAREIL DE LA CIRCULATION. Complet en 64 planches.

	Prix broché.	Avec demi-reliure.
Figures noires........................	32 fr.	35 fr.
— coloriées........................	64	68

3° **APPAREILS DE LA DIGESTION, DE LA RESPIRATION, GÉNITO-URINAIRE.** En cours de publication, pour être terminé en 1855.

4° **APPAREILS DE SENSATION ET D'INNERVATION.**

CLOQUET (H.). **ATLAS D'ANATOMIE,** comprenant 241 planches, gravées en taille-douce, 5 vol. in-4.

Parties.	Planches.	Prix.
1re Ostéologie et Syndesmologie....	66	9 fr.
2e Myologie....................................	36	5
3e Névrologie..................................	36	5
4e Angéiologie.................................	60	9
5e Splanchnologie et Embryologie..................	43	7
Prix de l'ouvrage complet..............	241	35

Chaque partie est accompagnée de son texte explicatif, du même format que les planches, et se vend séparément aux prix indiqués ci-dessus.

COSTE. **HISTOIRE GÉNÉRALE ET PARTICULIÈRE DU DÉVELOPPEMENT DES CORPS ORGANISÉS,** publiée sous les auspices du ministre de l'Instruction publique. Paris, 1848-1855. 3 volumes in-4, avec 50 planches grand in-plano, gravées en taille-douce, imprimées en couleur et accompagnées de contre-épreuves portant la lettre. Prix de la livraison. 52 fr.

Quatre livraisons sont en vente, texte et planches.

EDWARDS (MILNE). **NOTIONS D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE,** servant d'introduction à la Zoologie, 2e édit. Paris, 1840, 1 vol. in-8, avec 70 figures intercalées dans le texte.................................. 4 fr.

FOVILLE. **TRAITÉ COMPLET DE L'ANATOMIE DU SYSTÈME NERVEUX CÉRÉBRO-SPINAL.** 1 vol. in-8 et atlas de 23 planches in-4, dessinées d'après nature et lithographiées par MM. E. BEAU et BION, sur les préparations de M. FOVILLE. Paris, 1844.......................... 15 fr.

GERDY (P. N). **PHYSIOLOGIE MÉDICALE DIDACTIQUE ET CRITIQUE.** En vente, le tome 1er, publié en 2 parties. Paris, 1832... 7 fr. 50

GRIMAUD DE CAUX ET MARTIN SAINT-ANGE. **HISTOIRE DE LA GÉNÉRATION** de l'homme, précédée de l'étude comparative de cette fonction dans les divisions principales du règne animal. Paris, 1 vol. in-4, avec un magnifique atlas de 12 planches gravées en taille-douce......... 9 fr.
— *Le même*, avec planches coloriées.............................. 18 fr.

KOELLIKER. **ÉLÉMENTS D'HISTOLOGIE HUMAINE,** traduction de MM. *J. Béclard* et *M. Sée*, revue par l'auteur. Paris, 1855, 1 vol. grand in-8, avec 334 figures dans le texte.............................. 13 fr.

LÉVEILLÉ (J. B.). **ANATOMIE ET PROPORTIONS DU CORPS HUMAIN,** à l'usage des artistes, des élèves des lycées, des cours de dessin, etc., dessinées d'après nature et lithographiées par J. B. LÉVEILLÉ. Paris, 1854.

Deux grands tableaux, format jésus, représentant les organes de la locomotion, les os et les muscles, avec une légende explicative, indiquant les conditions de l'équilibre, le nom

des os ; des observations pratiques sur le rôle que jouent les formes osseuses, et un résumé des proportions du corps humain ; le nom des muscles, leurs attaches, leurs usages, etc.

Prix de chaque tableau, en noir.................................... 3 fr.
Colorié.. 6 fr.

LONGET. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX de l'homme et des animaux vertébrés, ouvrage contenant des observations pathologiques relatives au système nerveux, et des expériences sur les animaux des classes supérieures. *Ouvrage couronné par l'Institut de France.* Paris, 1842, 2 forts vol. in-8, avec pl. lithographiées par E. Beau.

La première édition est épuisée. Une nouvelle édition sera mise sous presse aussitôt que la publication du *Traité de Physiologie* du même auteur sera terminée.

LONGET. **TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE.** Paris, 1850-1855. 2 forts volumes grand in-8 compactes, avec figures dans le texte et planches en taille-douce, noires et coloriées.................................... 20 fr.

MATTEUCCI. **LEÇONS SUR LES PHÉNOMÈNES PHYSIQUES DES CORPS VIVANTS.** Paris, 1847, 1 vol. gr. in-18, avec 18 fig........ 3 fr. 50

ROUSSEL. **SYSTÈME PHYSIQUE ET MORAL DE LA FEMME,** nouvelle édition, contenant une notice biographique sur Roussel et des notes, par le docteur Cerise. Paris, 1855, 1 vol. grand in-18............ 3 fr. 50

SAPPEY. **TRAITÉ D'ANATOMIE DESCRIPTIVE.** Paris, 1850-1855. 2 vol. grand in-18, divisés chacun en deux parties, avec figures dans le texte.. 20 fr.

SEGOND (L. A.). **TRAITÉ D'ANATOMIE GÉNÉRALE,** théorie de la structure, embrassant les substances organiques et les éléments, les tissus, les membranes et les parenchymes. Paris, 1854, in-8........ 7 fr.

C. Histoire naturelle générale.

ANNALES DES SCIENCES NATURELLES.

Voir à l'article Journaux, p. 29.

CAHIERS D'HISTOIRE NATURELLE, par MM. Milne Edwards et Achille Comte. Ouvrage adopté par le Conseil de l'instruction publique, nouvelle édition mise en concordance avec le programme du 22 avril 1852, pour l'enseignement des sciences dans les lycées. 3 vol. in-12.

ZOOLOGIE, avec 15 pl...................................... 2 fr.
BOTANIQUE, avec 9 pl...................................... 2 fr.
GÉOLOGIE, avec 8 cartes gravées sur acier................. 2 fr.
La même, avec les 8 cartes coloriées.................... 4 fr.

COURS ÉLÉMENTAIRE D'HISTOIRE NATURELLE, adopté par le Conseil supérieur de l'instruction publique et approuvé par Mgr. l'Archevêque de Paris. 3 vol. gr. in-18.

ZOOLOGIE, par M. Milne Edwards. 7e édit., 1855, avec 473 fig. 6 fr.
BOTANIQUE, par M. A. de Jussieu, 6e édit., 1855, avec 812 fig. 6 fr.

MINÉRALOGIE et GÉOLOGIE, par M. Beudant, 6e édition, 1854, avec fig.. 6 fr.

GÉOLOGIE, séparément. 1 vol.................................... 4 fr.

GEOFFROY SAINT-HILAIRE (Isidore). **HISTOIRE NATURELLE GÉNÉRALE DES RÈGNES ORGANIQUES**, étudiée principalement chez l'homme et les animaux, tome Ier; contenant : *Introduction historique* et *Prolégomènes*. Paris, 1854, 1 vol. gr. in-8.. 8 fr.

L'ouvrage comprendra 5 tomes; les tomes II à V seront publiés chacun en 2 parties, lesquelles paraîtront d'année en année.

NOTIONS PRÉLIMINAIRES D'HISTOIRE NATURELLE, pour servir d'introduction au *Cours élémentaire d'histoire naturelle*, par MM. Milne Edwards, de Jussieu et Beudant, et rédigées conformément au programme officiel de l'enseignement dans les lycées (section des sciences).

NOTIONS PRÉLIMINAIRES DE ZOOLOGIE, par M. Milne Edwards. 1 vol. gr. in-18, avec 352 figures.. 3 fr.

NOTIONS PRÉLIMINAIRES DE BOTANIQUE, par M. Payer, membre de l'Institut, professeur de botanique à la Faculté des sciences de Paris, 1 vol. gr. in-18, avec figures.

NOTIONS PRÉLIMINAIRES DE GÉOLOGIE, par M. E. B. de Chancourtois, ingénieur des Mines, grand in-18 avec figures........ 1 fr. 25

QUATREFAGES (A. de). **SOUVENIRS D'UN NATURALISTE**. Paris, 1854, 2 vol. grand in-18.. 7 fr.

D. Zoologie.

AUDOUIN (V.) et MILNE EDWARDS. **RECHERCHES POUR SERVIR A L'HISTOIRE NATURELLE DU LITTORAL DE LA FRANCE**, ou Recueil de mémoires sur l'anatomie, la physiologie, la classification et les mœurs des animaux de nos côtes. 2 volumes grand in-8, ornés de planches gravées et coloriées avec le plus grand soin.

Tome I. Introduction, avec 6 cartes.................................. 17 fr.

Tome II. Annélides, avec 18 planches................................ 17 fr.

BLANCHARD (Émile). **ORGANISATION DU RÈGNE ANIMAL** publiée par livraisons grand in-4, contenant chacune deux planches magnifiquement gravées et une feuille et demie de texte. Prix de chaque livraison.. 6 fr.

15 livraisons sont en vente.

BLANCHARD (E.). **LA ZOOLOGIE AGRICOLE**.

Cette publication est destinée à faire connaître dans son ensemble, l'histoire des animaux nuisibles à l'économie rurale et les meilleurs moyens de s'en préserver, ainsi que l'histoire des animaux utiles.

Les ravages exercés par les insectes sur les végétaux utilisés seront représentés avec une entière exactitude dans un atlas exécuté avec le même soin que les dessins d'un album.

L'ouvrage sera divisé par parties formant chacune un tout complet, ainsi qu'il suit : — Plantes d'ornement. — Arbres fruitiers. — Céréales. — Plantes potagères. — Arbres forestiers. — Animaux propres à être acclimatés. — Animaux domestiques.

La Zoologie agricole est publiée par livraisons composées de seize pages de texte et d'une planche très-bien coloriée, format in-4°, ou de deux planches et d'une plus petite quantité de texte. A partir du commencement de novembre 1854, il paraît une livraison de quinze en quinze jours. A partir des premiers mois de 1855, il en paraîtra une chaque semaine.

6 livraisons sont en vente. Prix de la livraison.............. 1 fr. 50

COMTE (Achille). **STRUCTURE ET PHYSIOLOGIE ANIMALES,** démontrées à l'aide de figures coloriées, découpées et superposées. Ouvrage rédigé conformément au nouveau programme de l'enseignement scientifique dans les lycées. Paris, 1853, 1 vol. grand in-18, avec 8 planches gravées en taille-douce et figures dans le texte.................. 6 fr.

COMTE (A.). **LE RÈGNE ANIMAL,** disposé en tableaux méthodiques; ouvrage adopté par le Conseil de l'instruction publique.

Chacun des soixante-dix-huit ordres du règne animal se trouve représenté et décrit dans un ou plusieurs tableaux. La collection comprend quatre-vingt-onze tableaux, sur grand colombier, représentant environ *cinq mille figures* d'animaux.................................... 114 fr.

Demi-reliure en 2 tomes, avec dos en maroquin.................. 25 fr.

Chaque tableau est vendu séparément.......................... 1 fr. 25

Les diverses classes du règne animal sont résumées en quelques tableaux, et peuvent former des atlas séparés, ainsi qu'il suit :

		Tableaux.
Titre orné d'un beau portrait de Cuvier, et suivi d'un rapport fait à l'Institut		1
Introduction à l'étude du règne animal		1
1re *division.* — VERTÉBRÉS (33 tableaux)	Races humaines et Mammifères	8
	Oiseaux	9
	Reptiles et Poissons	16
2e *division*	Mollusques	11
3e *division.* — ARTICULÉS (37 tableaux)	Crustacés, Annélides et Arachnides	12
	Insectes	25
4e *division*	Rayonnés	8
		91

DELESSERT (B.). **RECUEIL DES COQUILLES** décrites par Lamarck, dans son Histoire naturelle des Animaux sans vertèbres, et non encore figurées; magnifique vol. gr. in-folio jésus, avec 40 pl. dessinées d'après nature, gravées en taille-douce, imprimées en couleur et retouchées au pinceau.. 180 fr.

— Avec une demi-reliure, dos en toile .... 190 fr.

DESHAYES. **TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE CONCHYLIOLOGIE,** avec l'ap-

plication de cette science à la géognosie. 3 vol. et atlas grand in-8 de 130 planch. environ, publiés en 20 livr. Chaque livr., fig. noires...... 5 fr.

— *Le même*, fig. coloriées.. 12 fr.

15 livraisons sont en vente.

DESHAYES. **MOLLUSQUES DE L'ALGÉRIE,** publiés, dans le format in-4, par livraisons de 4 à 5 feuilles de texte, et de 6 planches coloriées. Prix de la livraison.. 16 fr.

25 livraisons sont en vente. — Cet ouvrage fait partie de l'Exploration scientifique de l'Algérie, publiée par ordre du Gouvernement (section des sciences physiques).

DUPUY (l'abbé D.). **HISTOIRE NATURELLE DES MOLLUSQUES TERRESTRES ET D'EAU DOUCE QUI VIVENT EN FRANCE.** Paris, 1848-1852. 2 vol. in-4, avec 36 planches lithographiées, par J. DELARUE.................. 60 fr.

CUVIER (GEORGES). **LE RÈGNE ANIMAL** distribué d'après son organisation, 2e édit. Paris, 1829-1830, 5 vol. in-8, fig................. 36 fr.

CUVIER (GEORGES). **LE RÈGNE ANIMAL** distribué d'après son organisation, pour servir de base à l'Histoire naturelle des animaux et d'introduction à l'Anatomie comparée; nouvelle édition, accompagnée de planches gravées, représentant les types de tous les genres, les caractères distinctifs des divers groupes, et les modifications de structure sur lesquels repose cette classification, publiée par une réunion d'élèves de G. CUVIER : MM. AUDOUIN, BLANCHARD, DESHAYES, DE QUATREFAGES, D'ORBIGNY, DUGÈS, DUVERNOY, LAURILLARD, MILNE EDWARDS, ROULIN et VALENCIENNES.

Le *Règne animal* de Cuvier a été publié en 262 livraisons, format grand in-8 jésus. Il comprend 11 volumes de texte, et 11 atlas ensemble de 993 planches, dont 13 sont doubles, dessinées d'après nature et gravées en taille-douce.

PRIX DE L'OUVRAGE COMPLET :

Les 11 tomes du texte, brochés en 10 volumes, les 993 planches et leurs explications réunies en 39 étuis,

Avec planches en noir.. 590 fr.

Avec les planches imprimées en couleur et retouchées au pinceau (1).. 1,310 fr.

Prix d'une demi-reliure de luxe en 10 volumes de texte et 10 atlas montés sur onglets, ensemble 20 volumes, dos et coins en maroquin, tranche supérieure dorée.. 170 fr.

(1) Les races humaines sont en noir sur papier de Chine; les sujets d'anatomie, les animaux fossiles sont en bistre.

Il est accordé de grandes facilités pour le payement du prix. — Chaque partie est vendue séparément comme suit :

INDICATION DE CHAQUE DIVISION.	NOMBRE DE PLANCHES.	PRIX EN COULEUR sauf les sujets d'anatomie	PRIX EN NOIR.
Les MAMMIFÈRES et les RACES HUMAINES, avec Atlas, par MILNE EDWARDS, LAURILLARD et ROULIN.......	121	155 f.	70 f.
Les OISEAUX, avec Atlas, par A. D'ORBIGNY..............................	102	135	60
Les REPTILES, avec Atlas, par DUVERNOY..............................	46	65	30
Les POISSONS, avec Atlas, par VALENCIENNES..............................	122	160	72
Les MOLLUSQUES, avec Atlas, par DESHAYES..............................	152	195	88
Les INSECTES, avec Atlas, par AUDOUIN, BLANCHARD, DOYÈRE et MILNE EDWARDS..............................	202	275	124
Les ARACHNIDES, avec Atlas, par DUGÈS et MILNE EDWARDS...........	31	45	20
Les CRUSTACÉS, avec Atlas, par MILNE EDWARDS..............................	87	115	52
Les ANNÉLIDES, avec Atlas, par MILNE EDWARDS et DE QUATREFAGES.........	30	40	18
Les ZOOPHYTES, avec Atlas, par MILNE EDWARDS et BLANCHARD.............	100	125	56
L'OUVRAGE COMPLET.	**993**	**1310**	**590**
On peut avoir séparément :			
Les COLÉOPTÈRES, par BLANCHARD..	68	95	40
Les HYMÉNOPTÈRES, par BLANCHARD.	25	38	16
Les LÉPIDOPTÈRES, par BLANCHARD et DOYÈRE..............................	31	45	20
Les DIPTÈRES, par BLANCHARD......	29	44	20
Les INTESTINAUX, par BLANCHARD..	19	30	14
Les RACES HUMAINES, par ROULIN.	21	En noir, sur chine. 20	12

EDWARDS (MILNE). **NOTIONS D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE**, servant d'introduction à la Zoologie, 2e édit. Paris, 1840. 1 vol. in-8, avec 70 figures intercalées dans le texte .... 4 fr.

EDWARDS (MILNE). **ÉLÉMENTS DE ZOOLOGIE.** — OISEAUX, REPTILES ET POISSONS, 2e édit. 1 vol. in-8, avec 201 fig. dans le texte....... 4 fr. 50

EDWARDS (Milne). **ÉLÉMENTS DE ZOOLOGIE.**— Animaux sans vertèbres, 2e édit. 1 vol. in-8, avec 422 fig. dans le texte............ 4 fr. 50

EDWARDS (Milne). **INTRODUCTION A LA ZOOLOGIE GÉNÉRALE,** ou Considérations sur les tendances de la nature dans la constitution du règne animal. Première partie. 1 vol. grand in-18.......... 2 fr. 25

MAILLARD (l'abbé). **LE PETIT ENTOMOLOGISTE COLLECTEUR AU** nord de Paris, ou Description des insectes qui se trouvent dans un rayon de 120 kilomètres au nord de Paris. Première partie, Coléoptères. Paris, 1850, 1 vol. in-18 .... 80 c.

MICHAUD. **COMPLÉMENT DE L'HISTOIRE NATURELLE DES CO**quilles terrestres et fluviatiles de la France, de Draparnaud. 1831. 1 vol. in-4, avec 9 planches.. 12 fr.

PAYER (J.). **MAMMIFÈRES,** classification parallélique de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, d'après laquelle sont rangés les mammifères dans les galeries du Muséum d'histoire naturelle de Paris. Tableau dressé en 1837 et retouché pour l'addition des genres nouveaux en 1845. Une feuille grand monde.. 2 fr

SAUSSURE (H. de). **MONOGRAPHIE DES GUÊPES SOLITAIRES** ou de la tribu des Euméniens. Paris, 1852, 1 volume grand in-8, publié en six livraisons, renfermant 22 planches gravées et coloriées.. 34 fr.

SAUSSURE (H. de). **MONOGRAPHIE DES GUÊPES SOCIALES** ou de la tribu des Vespiens, ouvrage faisant suite à la *Monographie des Guêpes solitaires*, avec planches coloriées.
Prix de chaque livraison.. 6 fr.
6 livraisons sont en vente.

SAUSSURE (H. de). **MONOGRAPHIE DES MASARIENS** (Troisième partie de la famille des Vespides), faisant suite à la *Monographie des Guêpes sociales*. Prix de chaque livraison.......................... 6 fr.
3 livraisons sont en vente.

VÉRANY (J. B.). **MOLLUSQUES MÉDITERRANÉENS** observés, décrits, figurés et chromo-lithographiés d'après nature, sur des sujets vivants. 1re partie. — Céphalopodes. — 1 vol. grand in-4, avec 43 pl. Gênes, 1851.. 100 fr.

E. BOTANIQUE.

AGARDH (J.). **ALGÆ MARIS MEDITERRANEI ET ADRIATICI,** observationes in diagnosim specierum et dispositionem generum. Parisiis, 1841, grand in-8.. 3 fr. 50

AGARDH (J.). **SPECIES, GENERA ET ORDINES ALGARUM**; volumen primum, Algas fucoideas complectens. Lundæ, 1848, 1 vol. in-8... 12 fr. Volumen secundum, Algas floridas complectens. Quatuor fasciculi. Lundæ, 1851-1852.. 27 fr.

BRONGNIART (Ad.). **HISTOIRE DES VÉGÉTAUX FOSSILES**, ou Recherches botaniques et géologiques sur les végétaux renfermés dans les diverses couches du globe. Paris, 1828-1839; ouvrage publié en 2 vol. grand in-4 et 300 planches, paraissant par livraisons de 6 à 8 feuilles de texte et de 15 pl. Prix de chaque livraison........................ 15 fr.

*** Les livraisons 1 à 12, formant le premier volume, et les trois premières (13 à 15) du tome deuxième, sont en vente.

COMTE (A.). **INTRODUCTION AU RÈGNE VÉGÉTAL** de A. L. de Jussieu, disposée en tableau méthodique; une feuille gr. colombier. 1 fr. 25

COSSON (E.) et GERMAIN (E.). **FLORE DESCRIPTIVE** et analytique des environs de Paris, ou Description des plantes qui croissent spontanément dans cette région et de celles qui y sont généralement cultivées, accompagnée de tableaux dichotomiques des genres et des espèces. Paris, 1845, 1 vol. grand in-18 divisé en deux parties, texte compacte, avec une carte des environs de Paris sur un rayon de 90 kilomètres............ 13 fr.

COSSON (E.) et GERMAIN (E.). **ATLAS DE LA FLORE** des environs de Paris, ou Illustrations de la plupart des espèces litigieuses de cette région, accompagné d'un texte explicatif. Paris, 1845, 1 vol. grand in-18, cartonné, contenant 42 pl. grav. en taille-douce. Prix............... 9 fr.

COSSON (E.) et GERMAIN (E.). **SYNOPSIS ANALYTIQUE DE LA FLORE** des environs de Paris, ou Description abrégée des familles et des genres, accompagnée de tableaux dichotomiques destinés à faire parvenir aisément au nom des espèces. Paris, 1845, 1 vol. grand in-18 d'environ 300 pages, texte compacte. 3 fr. 50

Cet ouvrage, très-portatif, est spécialement destiné aux herborisations.

DE CANDOLLE (A.). **GÉOGRAPHIE BOTANIQUE RAISONNÉE.** Paris, 1855, 1 tome grand in-8 de 1,300 pages, divisé en 2 volumes compactes, avec 2 cartes coloriées.. 20 fr.

DE CANDOLLE. **PRODROMUS SYSTEMATIS NATURALIS REGNI VEGETABILIS**, *sive Enumeratio contracta ordinum, generum, specierumque plantarum hucusque cognitarum.*

Tom. I. *Sistens Thalamiflorarum ordines* LIV, 1824.
— II. *Sistens Calyciflorarum ordines* X, 1825.
— III. *Sistens Calyciflorarum ordines* XXVI, 1826.
— IV. *Sistens Calyciflorarum ordines* X, 1830.
— V. *Sistens Calycereas et Compositarum tribus priores*, 1836.
— VI. *Sistens Compositarum continuat.*, 1838.

Tom. VII. *Sectio prior. Sistens Compositarum tribus ultimas et ordinis mantissam*, 1838.

Sectio poster. Sistens ultimos Calycificrarum ordines, 1836.

— VIII. *Sistens Corollificrarum ordines* XIII, 1844.

— IX. *Sistens Corollificrarum ordines* IX, 1844.

— X. *Sistens Borragineas proprie dictas, Hydroleaceas et Scrofulariaceas cum indice nominum et synonymorum, ordines* IX, 1846.

— XI. *Sistens Orobanchaceas, Acanthaceas, Phrymaceas et Verbenaceas*, 1847.

— XII. *Sistens Labiatas et quinque minores ordines Corollificrarum*, 1848.

— XIII. *Sectio prior. Sistens Corollifloras supra omissas, nempe Solanaceas, Diapensieas et Plantaginaceas*, 1852.

— XIII. *Sectio poster. Sistens Monochlamydearum ordines* V, 1849.

Prix des tomes I à XII et XIII, 1re et 2e parties.................... 186 fr.
Chacun des tomes I à VII se vend séparément.................... 13 fr.
Chaque partie du tome VII séparément.................... 8 fr.
Chacun des volumes depuis le tome VIII se vend.................... 16 fr.
Le tome XIII, 2e partie, séparément.................... 12 fr.

UN BEAU PORTRAIT D'A. DE CANDOLLE, gravé en taille-douce. 1 feuille grand raisin.................... 8 fr.

FÉE (A. L. A.). **MÉMOIRES SUR LA FAMILLE DES FOUGÈRES.** Ier *Mémoire :* Classification des Fougères,— IIe *Mémoire :* Acrostichées. Strasbourg, 1844. 1 volume grand in-folio, avec 64 planches lithographiées.................... 76 fr.
IIIe et IVe *Mémoires :* Vittariées, Pleurogrammées et Antrophyées. 1852, 1 volume in-folio, avec 5 pl.................... 16 fr.

FÉE (A. L. A.). **GENERA FILICUM,** ou Exposition des genres de la famille des Polypodiacées ; 1 vol. in-4° de 50 feuilles de texte et 32 planches analytiques, 1850-1852.................... 54 fr.

GERMAIN DE SAINT-PIERRE (E.). **GUIDE DU BOTANISTE,** ou Conseils pratiques sur les excursions botaniques; sur la récolte, la préparation, le classement des plantes et la conservation des herbiers; sur l'emploi du dessin et l'usage du microscope appliqués à l'étude des plantes, et sur la rédaction des travaux botaniques ; accompagné d'un *Traité élémentaire des propriétés et usages économiques des plantes* qui croissent spontanément en France et de celles qui y sont généralement cultivées, et suivi d'un *Dictionnaire des mots techniques* français et latins employés dans les ouvrages de botanique. 1 vol. grand in-18 publié en deux parties. Paris, 1851.................... 7 fr. 50

LECOQ et LAMOTTE. **CATALOGUE RAISONNÉ DES PLANTES VASCULAIRES** du plateau central de la France. Paris, 1847, 1 vol. in-8. 5 fr.

LE MAOUT (E.). **LEÇONS ÉLÉMENTAIRES DE BOTANIQUE** fondées sur l'analyse de 50 plantes vulgaires et formant un traité complet d'organographie et de physiologie végétale. Paris, 1844. 1 magnifique vol. in-8, avec l'atlas des 50 plantes vulgaires et plus de 500 fig. dessinées par J. DECAISNE. Prix, avec l'atlas colorié........................ 15 fr.

Le même, avec atlas noir.................................. 10 fr.

LE MAOUT (E.). **ATLAS ÉLÉMENTAIRE DE BOTANIQUE** avec le texte en regard, comprenant l'organographie, l'anatomie et l'iconographie des familles d'Europe, à l'usage des étudiants et des gens du monde. Ouvrage contenant 2,340 fig. dessinées par STEINHEIL et DECAISNE. Paris, 1840, 1 beau vol. in-4. Prix.................................. 15 fr.

PAYER (J.). **BOTANIQUE CRYPTOGAMIQUE,** ou Histoire des familles naturelles des plantes inférieures. Paris, 1850, 1 vol. grand in-8, avec 1,105 figures représentant les principaux caractères des genres... 15 fr.

PAYER (J.). **TRAITÉ D'ORGANOGÉNIE VÉGÉTALE COMPARÉE.** 2 vol. grand in-8, avec un atlas de 150 planches gravées en taille-douce.

L'ouvrage paraîtra en 15 fascicules, contenant chacun 10 planches et 6 feuilles de texte. Prix de la livraison .... 10 fr.

10 livraisons sont en vente.

RAOUL. **CHOIX DE PLANTES DE LA NOUVELLE-ZÉLANDE,** recueillies et décrites par E. RAOUL, chirurgien de 1re classe de la marine impériale. Ouvrage publié sous les auspices du département de la marine et des colonies. Paris, 1846, 1 vol. grand in-4 cartonné, avec 30 planches dessinées d'après nature, et gravées en taille-douce........................ 15 fr.

ROQUES (JOSEPH). **HISTOIRE DES CHAMPIGNONS** comestibles et vénéneux. 2e édition, revue et considérablement augmentée. Paris, 1841. 1 vol. in-8, avec un atlas grand in-4 de 24 planches, représentant dans leurs dimensions et leurs couleurs naturelles 100 espèces ou variétés de champignons.. 15 fr.

— *Le même*, avec atlas cartonné.................................. 16 fr.

SERINGE (N. C.). **FLORE DU PHARMACIEN,** DU DROGUISTE ET DE L'HERBORISTE, ou Description des plantes médicales spontanées ou cultivées en France, disposées en familles. Paris, 1852, 1 vol. grand in-18 de 800 pages, avec figures dans le texte et tableaux........................ 8 fr.

SERINGE. **DESCRIPTION, CULTURE ET TAILLE DES MURIERS,** leurs espèces et leurs variétés. Paris, 1855, 1 vol. grand in-8 avec figures dans le texte, accompagné d'un atlas in-4 de 27 planches....... 9 fr.

TRAITÉ DE BOTANIQUE comprenant : 1o l'anatomie et la physiologie végétale ; 2o la classification des végétaux selon la méthode de Jussieu ; 3o l'herborisation; avec l'indication des plantes médicinales les plus usuelles, de leurs différentes propriétés et de leur emploi partieulier ; 2e édition. Paris, 1853, 1 vol. in-18 avec 27 pl. et 3 tableaux....... 3 fr.

WALPERS (G. G.). **REPERTORIUM BOTANICES SYSTEMATICÆ.** Lipsiæ, 1842-1848, 6 volumes in-8.......................... 140 fr.

WALPERS (G. G.). **ANNALES BOTANICES SYSTEMATICÆ.** Lipsiæ, 1848-1853, in-8. Tomes I à III.......................... 90 fr.

WEBB (P. B.). **OTIA HISPANICA,** seu Delectus plantarum rariorum aut nondum rite notarum per Hispanias sponte nascentium. Paris, 1853, 1 vol. petit in-folio, avec 45 planches gravées en taille-douce.......... 30 fr.

WEBB (Ph. Barker). **FRAGMENTA FLORULÆ ÆTHIOPICO-ÆGYPTIACÆ** ex plantis præcipue ab Ant. Figari Musæo Florentino missis. Grand in-8. Paris, 1854.......................... 3 fr.

F. MINÉRALOGIE ET GÉOLOGIE.

AGASSIZ. **SYSTÈME GLACIAIRE,** ou Recherches sur les glaciers, leur mécanisme, leur ancienne extension, et le rôle qu'ils ont joué dans l'histoire de la terre. Paris, 1847, 1 vol. grand in-8, avec un atlas de 3 cartes et 9 planches en partie coloriées.......................... 50 fr.

CHAPUIS et DEWALQUE. **DESCRIPTION DES FOSSILES DES TERRAINS** secondaires de la province de Luxembourg. Bruxelles, 1853, 1 vol. in-4 avec 38 planches.......................... 18 fr.

D'ORBIGNY (Alcide). **COURS ÉLÉMENTAIRE DE PALÉONTOLOGIE** et de géologie stratigraphiques. Paris, 1852, 2 tomes publiés en 3 volumes, avec 1,046 gravures dans le texte et accompagnés d'un atlas de 17 tableaux; cartonné.......................... 15 fr.

D'ORBIGNY (Alcide). **PRODROME DE PALÉONTOLOGIE** stratigraphique universelle, faisant suite au Cours élémentaire de Paléontologie et de Géologie stratigraphiques. 3 vol. gr. in-18 jésus.......... 24 fr.

D'ORBIGNY (Alcide). **PALÉONTOLOGIE FRANÇAISE.** Description zoologique et géologique de tous les animaux mollusques et rayonnés fossiles de France, comprenant leur application à la reconnaissance des couches; avec des figures de toutes les espèces, lithographiées d'après nature par J. Delarue.

On publie simultanément :

Terrains crétacés. — Terrains jurassiques.

La *Paléontologie française* est publiée dans le format in-8. Il paraît, chaque mois, deux livraisons des *Terrains crétacés* et une livraison des *Terrains jurassiques.*

Lorsque les *Terrains crétacés* seront terminés, il paraîtra par mois trois livraisons des *Terrains jurassiques.*

La livraison comprend quatre planches et du texte correspondant.

Prix de la livraison.......................... 1 fr. 25

Au 1er mai 1855, il a paru 232 livraisons des Terrains crétacés et 97 livraisons des Terrains jurassiques.

DUVAL-JOUVE. **BÉLEMNITES** des terrains crétacés inférieurs des environs de Castellanne (Basses-Alpes), considérées géologiquement et zoologiquement, avec la description de ces terrains. Paris, 1841, 1 beau vol. in-4 cartonné, accompagné de 17 planches et de 2 cartes coloriées.... 10 fr.

GAUTIER (A.). **INTRODUCTION PHILOSOPHIQUE A L'ÉTUDE DE LA GÉOLOGIE.** Paris 1853, 1 vol. in-8.......................... 5 fr. 50

KLEE (Fréd.). **LE DÉLUGE,** Considérations géologiques et historiques sur les derniers cataclysmes du globe. Paris, 1847, 1 vol. grand in-18. 3 fr. 50

MILLET. **PALÉONTOLOGIE DE MAINE-ET-LOIRE.** Angers, 1854, 1 vol. grand in-8.. 3 fr. 50

MILLET. **MOLLUSQUES TERRESTRES ET D'EAU DOUCE** observés à l'état vivant dans Maine-et-Loire; 3e édition. Angers, 1854, 1 volume grand in-8 .... 2 fr.

RENOU. **DESCRIPTION GÉOLOGIQUE DE L'ALGÉRIE,** suivie d'une notice minéralogique sur le massif d'Alger, par M. Ravergie. Paris, 1848, 1 vol. grand in-4, accompagné de 4 planches et d'une carte géologique coloriée.. 25 fr.

Ce volume fait partie de l'Exploration scientifique de l'Algérie, publiée par ordre du Gouvernement (section des sciences physiques).

G. ÉCONOMIE RURALE.

BLANCHARD (Émile). **LA ZOOLOGIE AGRICOLE.** (Voyez au chapitre Zoologie, page 12.)

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ ZOOLOGIQUE D'ACCLIMATATION fondée le 10 février 1854. Tome Ier, année 1854, 1 vol. in-8, avec planches. 12 fr.

COSTE. **INSTRUCTIONS PRATIQUES SUR LA PISCICULTURE,** suivies de mémoires et rapports sur le même sujet. Deuxième édition.

PAYER. **COURS ÉLÉMENTAIRE DE FLORICULTURE** et de culture potagère ; 1 vol. in-18 jésus, illustré d'un grand nombre de vignettes dans le texte. (*Sous presse.*)................................ 7 fr. 50

DICTIONNAIRE GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE vétérinaires et des sciences qui s'y rattachent, par MM. Lecoq, Rey, Tisserant et Tabourin, professeurs à l'École impériale vétérinaire de Lyon. — Ouvrage adopté par les écoles vétérinaires de France. Paris, 1850, 1 fort volume in-8 à 2 colonnes................................ 15 fr.

DUBREUIL (A.). **COURS ÉLÉMENTAIRE, THÉORIQUE ET PRATIQUE** d'arboriculture, 3e édition. Paris, 1854, 1 vol. grand in-18, publié en 2 parties, avec 5 vignettes gravées sur acier et 811 figures intercalées dans le texte et de nombreux tableaux.............................. 9 fr.

DUBREUIL (A.). **INSTRUCTION ÉLÉMENTAIRE SUR LA CONDUITE DES ARBRES FRUITIERS.** Greffes, — taille, — restauration des arbres mal taillés ou épuisés par la vieillesse, — culture, — récolte et conservation des fruits. Paris, 1854, 1 vol. grand in-18, avec 120 fig............ 2 fr.

GIRARDIN. **DES FUMIERS CONSIDÉRÉS COMME ENGRAIS.** 5e édit., Paris, 1847, 1 vol. in-16, avec 11 fig. intercalées dans le texte. Ouvrage couronné par le conseil général de la Seine-Inférieure et par la Société d'agriculture du Cher.. 1 fr. 25

GIRARDIN ET DUBREUIL. **MÉLANGES D'AGRICULTURE, D'ÉCONOMIE RURALE ET PUBLIQUE** et de sciences physiques appliquées. Paris, 1853, 2 vol. grand in-18, avec pl. et tableaux.............................. 10 fr.

GIRARDIN ET DUBREUIL. **TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE D'AGRICULTURE,** 2 vol. grand in-18, avec 842 figures intercalées dans le texte. Paris, 1850-1852.. 15 fr.

JOIGNEAUX (P.). **LA CHIMIE DU CULTIVATEUR.** Paris, 1850, 1 vol. grand in-18.. 2 fr.

PERSOZ (J.). **NOUVEAU PROCÉDÉ DE CULTURE DE LA VIGNE.** Paris, 1849. Brochure grand in-8, avec 2 planches in-4° gravées en taille-douce par WORMSER.................................. 1 fr. 50

TABOURIN (F.). **NOUVEAU TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE, DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACIE VÉTÉRINAIRES;** suivi : 1° d'un formulaire raisonné, magistral et officinal; 2° d'une pharmacie légale, ou analyse des dispositions législatives concernant l'exercice de la pharmacie vétérinaire; 3° d'un tableau du prix approximatif des médicaments à Paris, Lyon et Toulouse. Paris, 1853, 1 vol. grand in-8 compacte, avec 82 figures.. 10 fr.

VILLE (GEORGES). **RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA VÉGÉTATION.** Paris, 1854, 1 vol. gr. in-4 cartonné, avec figures dans le texte et 2 planches gravées en taille-douce par WORMSER.............. 25 fr.

H. CHIMIE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE.

Voir à l'article JOURNAUX, page 29.

BOBIERRE (A.). **LEÇONS ÉLÉMENTAIRES DE CHIMIE** appliquées aux arts, à l'industrie, à l'hygiène et à l'économie domestique, professées à la chaire municipale de Nantes. Paris, 1852. 1 vol. in-18, avec 2 planches.. 5 fr.

FIGUIER (LOUIS). **DE L'IMPORTANCE ET DU ROLE DE LA CHIMIE** dans les sciences médicales. Thèse de concours pour l'agrégation en chimie. Paris, 1853, in-8.................................. 2 fr. 50

GERHARDT (C.). **TRAITÉ DE CHIMIE ORGANIQUE** (suite à la Chimie de Berzélius). L'ouvrage formera 4 vol. in-8. Il paraît par livraisons de 17 à 18 feuilles. Paris, 1853, F. Didot frères.

Prix de la livraison.. 3 fr.

11 livraisons sont en vente.

GERHARDT (C.) ET CHANCEL. **PRÉCIS D'ANALYSE QUALITATIVE.** Paris, 1855. 1 vol. grand in-18, avec figures. Ouvrage contenant : la préparation et l'usage des réactifs, les caractères des acides et des bases. — Les essais au chalumeau. — La marche de l'analyse qualitative, la détermination des sels, l'analyse des mélanges gazeux, l'analyse immédiate des matières végétales et animales, la recherche des poisons, etc., à l'usage des médecins, des pharmaciens, des aspirants aux grades universitaires et des élèves des laboratoires de chimie............... 5 fr.

GERHARDT (C.) ET CHANCEL. **PRÉCIS D'ANALYSE QUANTITATIVE.** 1 vol. grand in-18, avec figures.

Sous presse pour paraître en 1855.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE.

Voir à l'article JOURNAUX, page 31.

LAURENT. **PRÉCIS DE CRISTALLOGRAPHIE, SUIVI D'UNE MÉTHODE SIMPLE D'ANALYSE AU CHALUMEAU.** Paris, 1847, 1 vol. grand in-18, avec 175 figures dans le texte.. 1 fr. 25

LEHMANN. **PRÉCIS DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE**, traduction du professeur Drion. Paris, 1855, 1 vol. grand in-18, avec fig....... 5 fr.

LIEBIG (J.). **TRAITÉ DE CHIMIE ORGANIQUE**; édit. française, revue et considérablement augmentée par l'auteur, et publiée par CH. GERHARDT, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Montpellier. Paris, 1841-1844, 3 vol. in-8... 25 fr.

LIEBIG (J.). **LA CHIMIE ORGANIQUE APPLIQUÉE A LA PHYSIOLOGIE ANIMALE ET A LA PATHOLOGIE**; traduction faite sur les manuscrits de l'auteur par CH. GERHARDT, et revue par M. J. LIEBIG. Paris, octobre 1842, 1 vol. in-8.. 7 fr. 50

MIALHE. **CHIMIE APPLIQUÉE A LA PHYSIOLOGIE ET A LA THÉRAPEUTIQUE.** Paris, 1855, 1 vol. in-8................................ 9 fr.

PELOUZE ET FREMY. **ABRÉGÉ DE CHIMIE.** Troisième édition, conforme aux nouveaux programmes de l'enseignement scientifique des lycées. Paris, 1855, 3 vol. grand in-18, avec 174 figures intercalées dans le texte. 5 fr.

On peut avoir séparément :

1re partie. GÉNÉRALITÉS, — CORPS SIMPLES NON MÉTALLIQUES. Classe de troisième (sciences). 1 vol. avec 96 figures.............................. 2 fr.

2e partie. MÉTAUX ET MÉTALLURGIE. Classe de seconde (sciences). 1 vol., avec 46 figures.. 2 fr.

3e partie. CHIMIE ORGANIQUE. Classe de rhétorique (sciences). 1 vol. avec 32 figures.. 2 fr.

PELOUZE ET FREMY. **TRAITÉ DE CHIMIE GÉNÉRALE,** comprenant les applications de cette science à l'analyse chimique, à l'industrie, à l'agriculture et à l'histoire naturelle. Deuxième édition. Paris, 1854-1855, 5 volumes grand in-8 compactes, avec un atlas de 51 planches gravées en taille-douce par WORMSER.......................... 40 fr.

PELOUZE ET FREMY. **TRAITÉ COMPLET D'ANALYSE ET DE MANIPULATIONS CHIMIQUES.** 2 forts vol. in-8, avec fig. dans le texte. (*En préparation.*)

PELOUZE ET FREMY. **NOTIONS GÉNÉRALES DE CHIMIE.** Paris, 1853. Un beau volume imprimé avec luxe, accompagné d'un Atlas de 24 planches en couleur, cartonné .... 22 fr. 50

— *Le même ouvrage*, édition classique, avec 24 planches en noir. 7 fr. 50

NOTA. — Cet ouvrage répond à toutes les questions du PROGRAMME DES LYCÉES. CLASSE DE SECONDE, Section des Lettres.

PERSOZ. **TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE L'IMPRESSION DES TISSUS.** Paris, 1846, 4 beaux vol. in-8, avec 165 figures et 429 échantillons d'étoffes, intercalés dans le texte, et accompagnés d'un atlas de 10 planches in-4 gravées en taille-douce, dont 4 sont coloriées. Ouvrage auquel la Société d'encouragement a accordé une médaille de 3,000 fr........ 70 fr.

PLATTNER (C. J.). **TABLEAUX DES CARACTÈRES QUE PRÉSENTENT AU CHALUMEAU** les alcalis, les terres et les oxydes métalliques, soit seuls, soit avec des réactifs, extraits du Traité des essais au chalumeau et traduits de l'allemand par A. SOBRERO, D. M. Paris, 1843, 4 tableaux in-folio, brochés in-4.. 2 fr.

REGNAULT. **PREMIERS ÉLÉMENTS DE CHIMIE,** 3e édit. Paris, 1855, 1 vol. grand in-18, avec 142 figures dans le texte................ 5 fr.

REGNAULT. **COURS ÉLÉMENTAIRE DE CHIMIE.** Paris, 1854, 4e édit. 4 vol. in-18 anglais, avec 2 pl. en taille-douce et 689 fig. dans le texte. 20 fr.

REYNOSO (ALVARO). **RECHERCHES NATURELLES, CHIMIQUES** ET PHYSIOLOGIQUES SUR LE CURARE, poison des flèches des sauvages américains. Paris, 1855, in-8.. 2 fr.

SOUBEIRAN. **TRAITÉ DE PHARMACIE THÉORIQUE ET PRATIQUE,** 4e édit. Paris, 1853, 2 forts vol. in-8, avec 80 figures imprimées dans le texte.. 16 fr.

II.

SCIENCES MATHÉMATIQUES.



A. PHYSIQUE, MÉCANIQUE, ASTRONOMIE.

AIMÉ (G.). **RECHERCHES DE PHYSIQUE GÉNÉRALE SUR LA MÉDITERRANÉE.** Paris, 1846, 1 vol. gr. in-4 jésus, avec 6 planches gravées en taille-douce .... 30 fr.

AIMÉ (G.). **OBSERVATIONS SUR LE MAGNÉTISME TERRESTRE.** Paris, 1846, 1 vol. gr. in-4 jésus, avec 26 pl. gravées en taille-douce. 36 fr.

Ces deux ouvrages font partie de l'Exploration scientifique de l'Algérie, publiée par ordre du Gouvernement (section de physique générale).

ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE.
Voir à l'article JOURNAUX, page 29.

DELAUNAY. **COURS ÉLÉMENTAIRE DE MÉCANIQUE.** 3e édition. Paris, 1854, 1 volume grand in-18, avec 540 fig. dans le texte.... 8 fr.

DELAUNAY. **COURS ÉLÉMENTAIRE D'ASTRONOMIE,** concordant avec tous les articles du nouveau programme officiel pour l'enseignement de la COSMOGRAPHIE dans les lycées. 2e édition. Paris, 1855, 1 vol. grand in-18, avec 389 figures dans le texte.......... 7 fr. 50

DELAUNAY. **TRATTATO ELEMENTARE D'ASTRONOMIA ATTO ALL' INSEGNAMENTO** della Cosmografia; unica versione italiana autorizzata diretta dall' autore e compilata da D. Müller. Paris, 1855, 1 vol. in-18, avec 389 figures.......... 8 fr.

GAVARRET. **PHYSIQUE ANIMALE.** DE LA CHALEUR produite par les êtres vivants. Paris, 1855, 1 vol. gr. in-18, avec fig. dans le texte. 5 fr.

MASSON (A.). **ÉTUDES EXPÉRIMENTALES SUR LE MOUVEMENT DES FLUIDES ÉLASTIQUES,** théorie nouvelle des instruments à vent. Paris, 1850; in-8 avec planche.......... 3 fr. 50

MARIÉ-DAVY. **COURS ÉLÉMENTAIRE DE PHYSIQUE.** Paris, 1851, 1 vol. in-8, avec 280 fig.......... 5 fr. 50

REGNAULT. **PREMIERS ÉLÉMENTS DE PHYSIQUE,** rédigés sur le nouveau programme. 1 vol. in-18, avec figures.

REGNAULT. **COURS ÉLÉMENTAIRE DE PHYSIQUE.** 4 vol. in-18, avec figures dans le texte.

M. Regnault travaille à la rédaction de ces deux ouvrages. Un grand nombre de figures sont déjà gravées. Un avis dans le *Journal de la librairie* annoncera l'époque de la mise en vente.

SOUBEIRAN. **PRÉCIS ÉLÉMENTAIRE DE PHYSIQUE,** 2e édit., augmentée. Paris, 1844, 1 vol. in-8, avec 13 planches in-4............... 5 fr.

TROUESSART. **RECHERCHES SUR QUELQUES PHÉNOMÈNES DE** LA VISION, précédées d'un essai historique et critique des théories de la vision depuis l'origine de la science jusqu'à nos jours Brest, 1854, 1 vol. in-8, avec 33 fig... 5 fr.

TROUESSART. **ESSAI HISTORIQUE SUR LA THÉORIE DES CORPS** SIMPLES OU ÉLÉMENTAIRES, et de leurs divers modes de combinaisons depuis l'origine de la science jusqu'à l'époque de Lavoisier. Brest, 1854, 1 vol. in-8.. 3 fr.

B. GÉOGRAPHIE.

EXPLORATION SCIENTIFIQUE DE L'ALGÉRIE pendant les années 1840, 1841, 1842, publiée par ordre du Gouvernement et avec le concours d'une commission académique.

Le travail typographique de cette magnifique publication est exécuté par les presses de l'Imprimerie impériale. Les papiers sont choisis parmi les plus beaux échantillons du Marais. Les cartes et les planches sont gravées sur cuivre par les plus habiles artistes; rien, en un mot, n'est négligé pour que l'exécution réponde à l'importance de l'œuvre.

I. **ÉTUDE DES ROUTES SUIVIES PAR LES ARABES** dans la partie méridionale de l'Algérie et de la régence de Tunis, pour servir à l'établissement du réseau géographique de ces contrées; par E. Carette, capitaine du génie, membre et secrétaire de la commission. 1 vol. grand in-8, avec 1 carte sur papier de Chine.................................. 15 fr.

II. **RECHERCHES SUR LA GÉOGRAPHIE** et le commerce de l'Algérie méridionale; par M. E. Carette, accompagnées d'une notice sur la géographie de l'Afrique septentrionale, et d'une carte, par M. Renou, membre de la commission. 1 vol. in-8, avec 3 cartes sur papier de Chine..... 15 fr.

III. **RECHERCHES SUR L'ORIGINE ET LES MIGRATIONS DES** PRINCIPALES TRIBUS DE L'AFRIQUE SEPTENTRIONALE, et particulièrement de l'Algérie; par E. Carette, chef de bataillon du génie, etc. Paris, 1853, 1 vol. in-8... 12 fr.

IV et V. **ÉTUDES SUR LA KABYLIE** proprement dite, par E. Carette, capitaine du génie, membre et secrétaire de la commission scientifique d'Algérie. 2 vol. in-8, avec une carte de la Kabylie, grand aigle.. 24 fr.

VI. **MÉMOIRES HISTORIQUES ET GÉOGRAPHIQUES SUR L'ALGÉRIE,** par E. PELLISSIER, consul de France à Souça. 1 vol. in-8............ 12 fr.

VII. **HISTOIRE DE L'AFRIQUE,** par MOHAMMED-EL-KAÏROUANI ; traduite par MM. PELLISSIER et RÉMUSAT. 1 vol. grand in-8.................. 12 fr.

VIII. **RECHERCHES GÉOGRAPHIQUES SUR LE MAROC,** par M. RENOU, membre de la commission scientifique ; suivies du traité avec le Maroc, d'itinéraires et de renseignements sur le pays de Sous, et de renseignements sur les forces de terre et de mer et sur les revenus territoriaux du Maroc. 1 vol. in-8, avec une carte du Maroc sur papier de Chine, grand aigle... 12 fr.

IX. **VOYAGES DANS LE SUD DE L'ALGÉRIE** et des États barbaresques de l'ouest et de l'est, par AL-ALIACHI-MOULA-AHMED, traduits par M. ADRIEN BERBRUGGER, membre de la commission. 1 vol. in-8.............. 12 fr.

X à XV. **PRÉCIS DE JURISPRUDENCE MUSULMANE,** ou Principes de législation musulmane civile et religieuse, selon le rite mâlékite, par KHALIL-IBN-ISH'AH, traduit de l'arabe par M. PERRON. Paris, 1848-1852, 6 forts volumes grand in-8.................................... 87 fr.

TABLE ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE DU PRÉCIS DE JURISPRUDENCE MUSULMANE, suivant le rite mâlékite. 1 vol. grand in-8........... 5 fr.

XVI. **DESCRIPTION DE LA RÉGENCE DE TUNIS,** par E. PELLISSIER, membre de la commission. 1 vol. in-8, avec une carte.......... 12 fr.

Chaque volume se vend séparément.

PALLEGOIX. **DESCRIPTION DU ROYAUME THAI OU SIAM,** comprenant la topographie, histoire naturelle, mœurs et coutumes, législation, commerce, industrie, langue, littérature, religion, annales des Thai et précis historique de la mission, par monseigneur PALLEGOIX, évêque de Mallos, vicaire apostolique de Siam. Paris, 1854, 2 vol. grand in-18, avec cartes et gravures.................................. 10 fr.

III.

PHILOSOPHIE, ESTHÉTIQUE,

LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE.

CABANIS. **RAPPORTS DU PHYSIQUE ET DU MORAL DE L'HOMME,** nouvelle édition contenant : l'extrait raisonné de Destutt Tracy, la table alphabétique et analytique de SUE, une notice biographique sur Cabanis, et un Essai sur les Principes et les Limites de la Science des rapports du Physique et du Moral, par le docteur CERISE. 2 vol............. 7 fr.

CLAVEL. **TRAITÉ D'ÉDUCATION PHYSIQUE ET MORALE,** accompagné de plans d'ensemble indiquant la disposition principale des établissements d'instruction publique, par E. MULLER, ingénieur civil. Paris, 1855, 2 vol. grand in-18, avec 2 cartes........................ 7 fr.

CLAVEL. **LE CORPS ET L'AME,** ou Histoire naturelle de l'espèce humaine. Paris, 1851, 1 vol. in-8................................ 7 fr.

FIGUIER (L.). **DÉCOUVERTES SCIENTIFIQUES MODERNES** (Exposition et histoire des). Troisième édition. Paris, 1854, 3 volumes grand in-18... 10 fr. 50

Le tome Ier comprend : Machines à vapeur. — Bateaux à vapeur. — Chemins de fer.

Le tome II comprend : Photographie. — Télégraphie aérienne et télégraphie électrique.— Galvanoplastie et dorure chimique.—Planète Leverrier.

Le tome III comprend : Aérostats. — Éclairage au gaz. — Éthérisation. — Poudres.

GAUTIER (A.). **INTRODUCTION PHILOSOPHIQUE** à l'étude de la géologie. Paris, 1853, 1 vol. in-8................................ 5 fr. 50

HAY (D.R.). **LA BEAUTÉ GÉOMÉTRIQUE DE LA FORME HUMAINE,** précédée d'un système de proportion esthétique applicable à l'architecture et aux autres arts plastiques ; édition française imprimée sous les yeux de l'auteur. Édimbourg, 1851, 1 vol. in-4 avec 16 planches gravées en taille-douce et une figure dans le texte.................. 20 fr.

LA CORBIÈRE (BEUNAICHE DE). **DE L'INFLUENCE QUE DOIT EXERCER LA PHRÉNOLOGIE SUR LES PROGRÈS ULTÉRIEURS DE LA PHILOSOPHIE ET DE LA MORALE.** Paris, 1854, 1 vol. in-8................................ 3 fr.

PALLEGOIX. **DICTIONARIUM LINGUÆ THAI, SIVE SIAMENSIS,** interpretatione latina, gallica et anglica illustratum, auctore D. J. B. PALLEGOIX, episcopo Mallensi. Paris, 1854, 1 vol. in-fol............. 80 fr.

QUATREFAGES (A. DE). **SOUVENIRS D'UN NATURALISTE.** Paris, 1854, 2 vol. grand in-18.. 7 fr.

ROUSSEL. **SYSTÈME PHYSIQUE ET MORAL DE LA FEMME.** Nouvelle édition, augmentée d'une notice sur l'auteur et de travaux physiologiques par le docteur CERISE. Paris, 1855, 1 vol. gr. in-18. 3 fr. 50

STRAUSS-DURCKHEIM. **THÉOLOGIE DE LA NATURE.** Paris, 1853, 3 vol. in-8.. 22 fr.

ZIMMERMANN. **LA SOLITUDE.** Traduction nouvelle par X. Marmier. Paris, 1855, 1 vol. grand in-18.......................... 3 fr. 50

IV.

PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

ANNALES DE CHIMIE, par MM. GUYTON DE MORVEAU, LAVOISIER, MONGE, BERTHOLLET, FOURCROY, etc. Paris, 1789 à 1815 inclusivement, 96 volumes in-8, figures, et 3 vol. de tables.................................... 500 fr.

— Table générale raisonnée des matières contenues dans les 96 vol. Paris, 3 vol. in-8, pris séparément.. 24 fr.

Les collections complètes de cette première série sont excessivement rares.

ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE, 2e série; par MM. GAY-LUSSAC et ARAGO. Paris, 1816 à 1840, 25 années, formant avec les tables 78 vol. in-8, accompagnés d'un grand nombre de planches gravées.... 350 fr.

— Table générale raisonnée des matières comprises dans les tomes I à LXXV (1816 à 1840). 3 vol. in-8 pris séparément .... 20 fr.

Quelques-unes des années de 1816 à 1840 peuvent se vendre, séparément, de 20 à 30 fr.

ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE, 3e série, commencée en 1841, rédigée par MM. GAY-LUSSAC, ARAGO, CHEVREUL, DUMAS, PELOUZE, BOUSSINGAULT et REGNAULT. Il paraît chaque année 12 cahiers qui forment 3 volumes et sont accompagnés de planches en taille-douce et de figures intercalées dans le texte.

PRIX de l'année.	Pour Paris....................................	30 fr.
	Pour les départements (*par la poste*)	34 fr.
	Pour quelques pays de l'étranger..................	38 fr.

— Table générale raisonnée des matières comprises dans les tomes I à XXX. Paris, 1851, 1 volume in-8.. 5 fr.

Prix de la collection complète, 1789 à 1854 inclusivement, 220 volumes, y compris les tables.. 1,275 fr.

ANNALES DES SCIENCES NATURELLES. Ire série, 1824 à 1833 inclusivement, publiées par MM. AUDOUIN, AD. BRONGNIART et DUMAS. 30 vol. in-8, 600 planches environ.. 240 fr.

— Table générale des matières des 30 vol. qui composent cette série. Paris, 1841, 1 vol. in-8 .... 8 fr.

ANNALES DES SCIENCES NATURELLES, comprenant la zoologie, la botanique, l'anatomie et la physiologie comparées des deux règnes et l'histoire des corps organisés fossiles.

IIe série, rédigée, pour la zoologie, par MM. AUDOUIN et MILNE EDWARDS; pour la botanique, par MM. AD. BRONGNIART, GUILLEMIN et DECAISNE.

IIIe série, rédigée, pour la zoologie, par M. Milne Edwards; et pour la botanique, par MM. Ad. Brongniart et Decaisne.

La IIe et la IIIe série, publiées de 1834 à 1853 inclusivement, forment chacune deux parties avec une pagination distincte, et comprennent, avec les tables générales des matières et celles des auteurs, 40 volumes, format in-8 sur raisin, accompagnés d'environ 700 planches gravées en taille-douce et souvent coloriées.

Prix des 40 volumes composant chaque série, cartonnés........ 380 fr.
Chaque année séparément, 4 volumes cartonnés................ 38 fr.

On peut avoir séparément, pour chaque série :

LA ZOOLOGIE, 20 vol. avec la table. 250 fr.
Chaque année à part......... 25 fr.

LA BOTANIQUE, 20 vol. avec la table.. 250 fr.
Chaque année à part............. 25 fr.

ANNALES DES SCIENCES NATURELLES, IVe série, commençant le 1er janvier 1854, comprenant la zoologie, la botanique, l'anatomie et la physiologie comparées des deux règnes et l'histoire des corps organisés fossiles, rédigées, pour la zoologie, par M. Milne Edwards; pour la botanique, par MM. Ad. Brongniart et Decaisne.

Cette IVe série est publiée dans les mêmes conditions que la troisième.

Les deux parties ont une pagination distincte, et forment, chaque année, deux volumes de botanique et deux volumes de zoologie; elles sont accompagnées chacune de 35 planches gravées avec soin, et coloriées toutes les fois que le sujet l'exige.

		Pour Paris,	les départements,	l'étranger.
Prix :	Pour les deux parties réunies...	38 fr.	40 fr.	44 fr.
	Pour une partie séparément....	25	27	30 fr.

La collection complète, 1824 à 1854 inclusivement, 115 volumes y compris les tables... 1,038 fr.

ANNALES D'OCULISTIQUE fondées par le docteur Cunier, continuées par les docteurs Fallot, Rosch, Hairion, van Roosbroeck et Warlomont.

Ces *Annales*, publiées à Bruxelles, paraissent par livraisons mensuelles formant dans l'année 2 vol. in-8 d'environ 300 pages.

L'abonnement part du 1er janvier. — Prix pour la France....... 16 fr.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES, journal de l'Anatomie, de la Physiologie et de la Pathologie du système nerveux, destiné particulièrement à recueillir tous les documents relatifs à la science des rapports du physique et du moral, à l'aliénation mentale, et à la médecine légale des aliénés; publiées par MM. les docteurs Baillarger, médecin des aliénés à l'hospice de la Salpêtrière, Cerise et Longet.

Ire série, de 1843 à 1848, 12 volumes in-8, avec planches........ 90 fr.

Chaque année prise séparément.............................. 20 fr.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES, journal destiné à recueillir tous les documents relatifs à l'aliénation mentale, aux névroses, et à la

médecine légale des aliénés, IIe série, par BAILLARGER, BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours) et CERISE.

La IIe série, commençant en 1849, paraît par cahiers trimestriels qui forment, à la fin de l'année, un volume in-8 de 700 pages.

Des planches sont ajoutées lorsqu'elles sont nécessaires.

PRIX de l'année :
- Pour Paris .... 12 fr.
- Pour les départements (*par la poste*)............... 14 fr.
- Pour l'étranger (*par la poste*) suivant les tarifs.

La collection complète, 1843 à 1854 inclusivement, 18 volumes... 162 fr.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE, par MM. BOULLAY, BUSSY, SOUBEIRAN, HENRY, F. BOUDET, CAP, BOUTRON-CHARLARD, FREMY, GUIBOURT, GOBLEY, BUIGNET, BARRESWIL; contenant une Revue médicale, par M. BERNARD (de Villefranche), le Bulletin des travaux de la Société de pharmacie de Paris et de la Société d'émulation, et suivi d'un compte rendu des travaux de chimie, par M. Würtz, IIIe série, ayant été commencée en janvier 1842.

Le *Journal de Pharmacie et de Chimie* paraît tous les mois par cahiers de 5 feuilles. Il forme chaque année deux volumes in-8 ; des planches sont jointes au texte toutes les fois qu'elles sont nécessaires.

PRIX de l'abonnement :
- Pour Paris et les départements......... 15 fr.
- Pour l'étranger, suivant les tarifs.

La deuxième table du *Journal de Pharmacie* (1831 à 1841). 1 broch. in-8...... 3 fr.

Collections du Bulletin et du Journal de Pharmacie.

La Ire série se compose de 6 volumes publiés sous le titre de *Bulletin de Pharmacie*, de 1809 à 1814. Prix de ces volumes.................... 50 fr.

La IIe série, de 1815 à 1841, comprend, sous le nom de *Journal de Pharmacie et des Sciences accessoires*, 27 vol. et 2 tables. Prix......... 200 fr.

Nota. On ne vend séparément aucun des volumes composant la Ire et la IIe série.

La collection complète, 1809 à 1854 inclusivement, 61 volumes, y compris les tables... 445 fr.

SOUS PRESSE :

APERÇU DU SYSTÈME SPINAL DIASTALTIQUE ou Système des actions réflexes dans ses applications à la physiologie et à la pathologie, par MARSHALL HALL. 1 vol. grand in-18, avec figures.

TRAITÉ DES PARAPLÉGIES; par le docteur RAOUL LEROY. 1 vol. in-8.

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON,

PARIS, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

PUBLIÉ SOUS LES AUSPICES

DU MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

ORGANE

De la Société de médecine du département de la Seine, de la Société de médecine allemande et de la Société d'hydrologie médicale de Paris.

Rédacteur en chef : le Dr A. DECHAMBRE.

PRIX DE L'ABONNEMENT

POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Un an, 24 francs. — Six mois, 13 francs. — Trois mois, 7 francs.

Pour l'étranger, le port en sus suivant les tarifs.

La *Gazette hebdomadaire* paraît tous les vendredis depuis le 7 oct. 1853.

L'abonnement peut partir du 1er de chaque mois.

Afin de faire concorder chaque volume de la GAZETTE HEBDOMADAIRE avec le millésime de l'année, le tome premier, commencé en octobre 1853, a été continué jusqu'au 31 décembre 1854. Il contient 65 numéros qui, avec le titre et une table alphabétique raisonnée des matières, forment 1,152 pages. Le tome deuxième comprendra l'année 1855 tout entière, et ainsi de suite.

NOTA. *Le prix du tome premier* (15 *mois*) *est de* 25 *francs. Le volume est envoyé* BROCHÉ *franco ; il est fourni* RELIÉ, *avec dos de veau fauve, s'il est expédié aux frais du souscripteur ou retiré par lui à la librairie* VICTOR MASSON.

CORBEIL, TYPOGRAPHIE DE CRÉTÉ.

